

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento Psiquiatría**



**TESIS DOCTORAL**

**El papel de la coacción informal en el tratamiento ambulatorio: un estudio transcultural con profesionales de la salud mental**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Ignacio García Cabeza**

Directores

**Alfredo Calcedo Barba  
Emanuele Valenti**

**Madrid, 2016**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**



**EL PAPEL DE LA COACCIÓN INFORMAL EN EL  
TRATAMIENTO AMBULATORIO. UN ESTUDIO  
TRANSCULTURAL CON PROFESIONALES DE LA SALUD  
MENTAL**

**TESIS DOCTORAL**

**Presentada por:**

**Ignacio García Cabeza**

**Bajo la dirección de los Doctores:**

**D. Alfredo Calcedo Barba**

**D. Emanuele Valenti**

**Madrid, 2015**

*A mis padres por darme la oportunidad de llegar hasta aquí.*

*A mi mujer e hijos por acompañarme y apoyarme en este camino.*



## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los profesionales e instituciones, sin cuya altruista participación, no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Un agradecimiento especial a:

Mis directores de tesis, sin cuyo aliento y motivación, ni siquiera me habría planteado la realización de este trabajo. Al equipo de investigación de la Queen Mary University, encabezado por el profesor S. Priebe, por permitirme colaborar en este proyecto. Al Dr. Manuel González de Chávez, cuya trayectoria profesional me ha servido de guía, no sólo durante mi formación sino durante mi ejercicio profesional, de quien he aprendido el respeto y el trato humano hacia nuestros pacientes. A los pacientes, los que sufren o no el uso medidas coercitivas, ejemplo de altruismo en el desarrollo de todo tipo de investigaciones, y de dignidad en su vida cotidiana. A todos los profesionales del Servicio II de Psiquiatría del HGU Gregorio Marañón, compañeros y amigos, por su apoyo y, en especial a D. Juan Carlos Fraile Fraile por sus consejos en éste y otros proyectos y al jefe del servicio, Dr. Francisco Ferre Navarrete, por su colaboración y facilitar cualquier aspecto necesario para el desarrollo de esta investigación.

*«aut consiliis aut ense»*  
(«o por consejos o por espada»)

El lema del latín, vinculado a los orígenes del Estado de Derecho, ha sido versionado al español como *«Por la razón o la fuerza»*, y aparece en el escudo nacional de Chile como nos recordó uno de los participantes de los grupos desarrollados en dicho país



## ÍNDICE

<b>RESUMEN (ESPAÑOL E INGLÉS)</b>	<b>11</b>
1.- Resumen	12
2.- Abstract	16
 <b>INTRODUCCIÓN</b>	 <b>20</b>
1.-Concepto e historia de coerción	21
1.1.- Concepto de coerción	21
1.2.- Aspectos históricos de la coerción	24
2.- Coerción en Salud Mental	29
2.1.- Medidas de coacción formal en Salud Mental	29
2.2.- La coacción informal en la actividad asistencial	33
2.3.- Investigación en coerción	36
2.4.- Justificación de las medidas coercitivas en salud mental	45
3.- Aspectos éticos de la coerción	50
3.1.- Derechos y libertades de los pacientes	50
3.2.- Principio de autonomía	53
3.3.- Competencia y capacidad	56
4.- ¿Por qué metodología cualitativa en esta investigación?	64



<b>JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>69</b>
1.- Justificación	70
2.- Hipótesis	73
3.- Objetivos	74
3.1.- Objetivo general	74
3.2.- Objetivos específicos	75
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>76</b>
1.- Diseño	77
2.- Descripción de la muestra	78
2.1.- Criterios de formación de los grupos focales	78
2.2.- Criterios de inclusión en el grupo focal	79
2.3.- Muestra	80
3.- Instrumentos	81
4.- Recogida y análisis de los datos	83
<b>RESULTADOS</b>	<b>85</b>
1.- El concepto de coerción informal ambulatoria entre los profesionales	86
1.1.- Influir y presionar	87

1.2.- Otras formas de coerción informal	89
1.3.- Diferencias entre la coerción formal e informal	94
2.- La toma de decisiones en la coerción informal	96
2.1.- Los roles en la toma de decisión	97
2.2.- Factores que influyen en la toma decisión	103
3.- Percepción de los profesionales	112
3.1.- Persuasión	113
3.2.- Influencia interpersonal	117
3.3.- Inducción	119
3.4.- Amenaza	121
3.5.- ¿Existe una progresividad o continuum en el uso de medidas coercitivas informales?	123
3.6.- Percepciones sobre la coerción	125
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>127</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>153</b>

<b>ANEXO I.</b> Guión de los grupos focales	<b>180</b>
<b>ANEXO II.</b> Casos clínicos para los grupos focales	<b>185</b>
<b>ANEXO III.</b> Esquema de categorías temáticas	<b>190</b>



## **RESUMEN ESPAÑOL E INGLÉS**

---

## 1.- RESUMEN EN ESPAÑOL

### INTRODUCCIÓN

Entendemos por coerción como la presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta. El concepto de coerción trasciende la Salud Mental y afecta a distintas disciplinas como la filosofía, ética, derecho o política.

Dentro de las medidas coercitivas que se usan en el campo de la Salud Mental distinguimos entre aquellas que se ejercen dentro de un marco normativo, a las que nos referimos como medidas formales de coerción (hospitalización involuntaria, aislamiento, contención mecánica y química) y otras, objeto de este estudio, denominadas informales o encubiertas, que son aquellas estrategias coercitivas utilizadas como forma de presión sobre el paciente, principalmente ambulatorio, y que se escapan a cualquier normativa o jurisprudencia. Szmukler y Appelbaum definen cuatro niveles diferentes de coerción informal: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza.

Aunque existe bastante investigación sobre coerción formal en los últimos treinta años, no es así en el caso de la coerción informal, si bien se ha intensificado en la última década. Es más, apenas existen estudios que recojan las opiniones de los profesionales sobre la misma y los que existen se concentran países desarrollados, ignorando aspectos socioculturales, de tradición psiquiátrica y organización asistencial que pueden influir en el uso de este tipo de estrategias.

### JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En las últimas décadas se ha pasado de un uso prevalente de la coacción formal legal a la coacción informal, por esta razón la literatura más reciente se ha interesado por el fenómeno de la coacción informal o encubierta.

Nuestra hipótesis se basa en que el uso de medidas coercitivas es un fenómeno universal pero que su uso y aceptación puede variar por aspectos culturales, la tradición psiquiátrica y los modelos asistenciales.

El proyecto quiere explorar y comparar qué tipo y nivel de coacción encubierta es aceptable entre los profesionales de salud mental de los cuatro países estudiados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto utiliza la metodología cualitativa mediante la técnica de los grupos focales para explorar las perspectivas y las actitudes de los profesionales en España, Italia, Méjico y Chile: todos ellos de cultura latina y tradición católica. Se enmarca dentro de un proyecto internacional liderado por la Queen Mary University y en el que participan otros países como Alemania, Suecia, Reino Unido, Croacia y Canadá.

En cada país se realizaron 4 grupos focales con un muestreo no aleatorio que incluía psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y enfermeros. En total 93 participantes.

Cada grupo focal estaba representado por profesionales de ambos géneros con al menos un año de experiencia en el tratamiento ambulatorio de enfermos mentales graves, un 50 % mayores de 45 años y el resto menores, para representar diversidad en el grado de experiencia.

La recogida y el análisis de los datos se realizaron de forma simultánea. Las transcripciones se importaron al paquete informático cualitativo QSR NVivo, para facilitar el análisis y establecer distintas categorías.

Inicialmente se realizó la codificación, línea por línea, de varias transcripciones para generar las categorías iniciales y, se desarrolló un marco

de codificación preliminar. Se evaluó su fiabilidad, obteniéndose tasas de acuerdo que oscilaron entre el 80 y el 98,5%.

El análisis temático se llevó a cabo usando un proceso iterativo, se compararon las distintas categorías y se vincularon a distintos temas.

## RESULTADOS

Se identificaron tres temas principales: el concepto de coerción, la toma de decisiones y la percepción de los profesionales sobre la coerción.

La coerción informal o encubierta existe en todos los países estudiados y en todas sus formas evaluadas: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza; pero, también en otros modos, como el engaño, el chantaje o la actitud directiva. Siendo evidentes las diferencias con la coacción formal.

La decisión sobre el uso de la coerción recae principalmente en el profesional, en ocasiones apoyados en equipos, pero asimismo es vital la participación familiar, con quien puede surgir un conflicto de intereses. Los factores que influyen en la toma de decisión están relacionados con la enfermedad – diagnóstico y clínica-, su evolución -cronicidad y severidad-, la peligrosidad del paciente, autonomía, relación terapéutica con el mismo, adherencia al tratamiento y aspectos organizativos de la asistencia.

Como decíamos, identificamos todas las formas de coerción; sin embargo son la persuasión e influencia interpersonal las más utilizadas, siendo la inducción y, sobre todo, la amenaza menos empleadas y especialmente ésta última, mal percibida, de forma general. No existe un resultado homogéneo sobre la progresividad o no de su uso.

La coerción informal se percibe como eficaz en algunos casos y su justificación deriva de un equilibrio entre la necesidad del paciente y la

competencia para tomar decisiones, aunque esto convive con actitudes paternalistas.

## DISCUSIÓN

En general nuestros resultados son comparables a los revisados en la bibliografía, principalmente anglosajona. Aunque encontramos algunas características propias dignas de destacar.

Existen algunas formas específicas de coerción informal como el engaño, el chantaje emocional o la actitud directiva.

La familia ocupa un lugar de privilegio en la toma de decisiones o en su participación directa sobre la coerción. Sin embargo la decisión compartida en equipos comunitarios, sobre todo asertivos, no es tan frecuente.

Algunos aspectos culturales, por ejemplo la religión o el papel de la amenaza, y organizativos, sobre todo relacionados con la situación económica, influyen en la forma de uso y percepción de la coerción informal

## CONCLUSIÓN

El uso de la coerción encubierta o informal es universal, con más semejanzas que diferencias entre países culturalmente afines, e incluso aquellos que no lo son.



## 1.2.-ABSTRACT

Coercion is a pressure or leverage about someone to force his will or behavior. It transcends Mental Health and affects different disciplines such as philosophy, ethics, law or policy.

Within the coercive strategies used in the field of Mental Health, we can distinguish between those that are exercised within a regulatory framework, which we refer to as formal measures of coercion (involuntary hospitalization, seclusion, mechanical and chemical restraint) and; others, object of this study, called informal or covert coercion, which are those used as a form of pressure or leverage on the patient, primarily outpatient, and that escape any regulation or law. Appelbaum and Szmukler define four different levels of informal coercion: persuasion, interpersonal leverage, inducement and threat.

Although research about coercion in the last thirty years was consistent, the interests to explore the use of informal have increased in the last decade. Moreover few studies reflect professionals' point of views, and all of them have been published on developed countries focus, ignoring cultural aspects, tradition and psychiatric care organization that can influence on its use.

## RATIONALE, HYPOTHESIS AND OBJECTIVES

In recent decades there has been a prevalent change of use from formal to informal coercion; therefore the most recent literature has been interested in the phenomenon of informal or covert coercion.

Our hypothesis is that coercive strategies and use can vary by cultural, tradition and psychiatric care models.

The project aims to explore and compare what type and level of covert coercion is acceptable among mental health professionals from the four countries studied.

## METHODS

The project uses qualitative methodology using the technique of focus groups to perspectives and attitudes of professionals in Spain, Italy, Mexico and Chile: all of latin culture and catholic tradition. It is part of an international project led by the Queen Mary University and with the participation of other countries like Germany, Sweden, United Kingdom, Croatia and Canada.

In each country, four focus groups with a purposive sampling, which included psychiatrists, psychologists, social workers, therapists and nurses, were made. In total 93 participants.

Each focus group was represented by professionals of both genders with at least one year of experience in the outpatient treatment of severely mentally ill, 50% over 45 years, to represent diversity in the degree of experience.

Data collection and analysis were performed simultaneously. The transcripts were imported into QSR qualitative software package N-Vivo, to facilitate analysis and establish different categories.

Initially coding, line by line, from multiple transcripts, was performed, to generate the initial categories and a preliminary coding framework was developed. Reliability was evaluated and obtained rates of agreement ranged from 80 to 98.5%.

Thematic analysis was performed using an iterative process, the various categories were compared and linked to different issues.

## RESULTS

Three main themes were identified: concept of coercion, decision making and perception of professionals about coercion.

Informal or covert coercion exists in all countries studied and in all its forms: persuasion, interpersonal leverage, inducement and threat; but also in other ways, such as deception, blackmail or directive attitude. There are obvious differences with formal coercion.

The decision on the use of coercion lies primarily in professional, sometimes supported on multidisciplinary teams, but also family involvement is vital, who may be a conflict of interest.

Principal factors that influence decision making are related to the disease - diagnosis and clinical aspects-, its evolution -chronicity and severely-, dangerousness of the patient, autonomy, therapeutic relationship, adherence and organizational aspects of care.

As we said, we identify all forms of coercion; however are persuasion and interpersonal leverage the most used, with inducement and, above all, threat less employed and especially the latter, misperceived, generally. There is no homogenous result of the progressive or not use.

Covert coercion is perceived as effective in some cases and is justified from a balance between the need of care of the patient and its competence to take decisions, but this coexists with paternalistic attitudes.

## DISCUSSION

Overall, our results are comparable to those reviewed in the literature, mostly anglo-saxon, although we found some highlight aspects.

There are some specific forms of informal coercion: deception, emotional blackmail or directive attitude.

The family occupies a privileged place in decision-making, even a direct participation in coercion. However a decision shared in community teams, especially assertive ones, is not as common.

Cultural, such as religion and the role of the threat, and organizational aspects, especially related to the economic situation, influence the way of use and perception of the informal coercion.

## CONCLUSION

The use of covert or informal coercion is universal, with more similarities than differences between culturally minded countries, and even those who are not.



## INTRODUCCIÓN

## **1.- CONCEPTO E HISTORIA DE LA COACCIÓN**

### **1.1.-CONCEPTO DE COACCIÓN**

La RAE tiene dos acepciones para el concepto de coerción: 1.- Presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta. 2.- Represión, inhibición, restricción. Diversos son los sinónimos utilizados para referirse a la coerción en nuestra lengua: coacción, conminación, apremio, imposición, intimidación, presión, violencia, amenaza, chantaje, boicot, imposición, forzamiento, obligación, violencia, fuerza. A lo largo del texto utilizaremos los términos coacción y coerción de forma indistinta y según describiremos en las siguientes líneas.

Aunque la definición pueda parecer clara, incluso el término parece sencillo desde el punto de vista intuitivo, las cosas se complican cuando pretendemos dar una definición operativa, sobre todo de cara a la investigación (Wertheimer, 1993), adquiriendo en muchas ocasiones significados incorrectos o demasiado abstractos (Hawkins y Emanuel, 2005).

Así el concepto de coerción adquiere distintos matices en función de las distintas disciplinas (política, legal o ética) que lo utilicen, aunque pueda mantener su sentido original. Más aún en términos filosóficos donde se ha asociado la coerción a conceptos como libertad, autonomía, pérdida de derechos humanos o responsabilidad (Rosembaum, 1986).

Refiriéndonos al significado común del término, éste hace alusión a dos tipos de situaciones: el uso de la fuerza física para conseguir un comportamiento específico de una persona, que sería la *coerción factual u ocurrente*; o la más frecuente, amenazar con una sanción si no se cumple con lo impuesto, *coerción disposicional o psicológica*. En este último caso, debe entenderse la amenaza en sentido estricto o también como una oferta para conseguir algo y la sanción en

términos de imposición o enseñanza, según la condición ofrecida (Bayles, 1972).

El concepto de coerción incluye además dos aspectos fundamentales: por un lado, altera la voluntad de la persona que lo recibe, quien no actuaría así de no verse coaccionado; por otro, el hecho de que, en el caso de la coerción disposicional, ésta acción, en sí misma, es voluntaria, se puede elegir no cumplir con la condición impuesta con el riesgo de ser sancionado, ésta dependerá de las circunstancias de la persona y sus valores, diferenciándose así entre *disposicionalidad* y *ocurrencialidad* a la hora de alterar la voluntad (Bayles, 1972). Estos aspectos tienen especial interés cuando nos refiramos a la coacción informal.

Pasamos a describir otros elementos relacionados con la coerción, que aunque relacionados hay que diferenciarlos de ésta y, que también favorecen la confusión del término, como son: la amenaza coercitiva, la coerción como consecuencia de la relación entre dos personas y el carácter intencional de la coerción.

Los *intentos de coerción*, derivados de amenazas coercitivas, aunque tengan el mismo significado moral, no pueden entenderse como coerción, ya que ésta se refiere siempre a una acción, que se ha cumplido en relación a la condición que la persona coaccionada ha recibido como disposición en la amenaza coercitiva.

Tampoco se trata de coerción si no es consecuencia de *relación entre dos personas*, donde la acción de una persona afecta la acción de la otra, diferenciándola de otros términos como fuerza, compulsión, constricción o restricción. Ciertas situaciones pueden obligar, empujar, arrastrar físicamente a un agente a actuar de una forma dada, pero esto no quiere decir que el agente haya actuado bajo coerción.

Por último, el *carácter intencional* de la relación entre los agentes obliga a distinguir bien la coerción de aquellas herramientas con las cuales se expresa, que puede incluir diferentes instrumentos no relacionados siempre con el uso de la fuerza física.

Otro aspecto importante es el rol social de quienes ejercen la coerción. Los valores y los sesgos ideológicos, como pueden ser los prejuicios, juegan un gran papel en el establecimiento de una relación coercitiva, ya que constituyen un determinante de las razones que la motivan y del poder alterante que la relación coercitiva tiene sobre la voluntad (Rosembaum, 1986).

Para concluir y resumiendo, en el análisis de la coerción siempre debemos tener en cuenta una serie de elementos básicos y necesarios, el rechazo de la víctima, el tipo de amenaza o de condición que se le impone, sus posibilidades de actuación en ausencia de coerción, los grados de alteración de la voluntad, la violencia física y la persuasión, que nos permiten identificar los instrumentos de coerción y poder así distinguir la coerción ocurrente de la disposicional.

Todos estos elementos contribuyen a reducir la ambigüedad semántica que normalmente plantea el concepto de coerción, y a comprender su sentido en las diferentes realidades disciplinares en que se manifiesta, como el derecho, la política, la ética o la medicina.



## 1.2.-ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA COERCIÓN

El concepto de coerción tiene un amplio recorrido histórico, proveniente principalmente de disciplinas distintas de la psiquiatría.

Tomás de Aquino, heredando la tradición clásica aristotélica, es el primer filósofo en ocuparse específicamente del tema de la coerción en la Suma de Teología (1266-1273). En sus cuestiones sobre la voluntad y el libre albedrío la identifica con un tipo de necesidad (“lo que debe ser”) donde *“un sujeto es obligado por razón de un agente a algo, sin serle posible obrar de otro modo, ...siendo esta necesidad absolutamente contraria a su voluntad”*. Además diferencia una coerción de tipo físico y otra de tipo psicológico, más en relación con la voluntad.

Otros aspectos importantes en Tomás de Aquino es la relación entre coerción y poder, atribuyendo a los gobernantes el poder coercitivo que garantice el cumplimiento de la ley, virtud y paz, exclusivo de entes públicos y que no debe pertenecer a los privados; o la coerción como elemento que limita la responsabilidad de quien es víctima de ella.

De esta manera Tomás de Aquino plantea tres aspectos fundamentales en el concepto de coerción que siguen vigentes en nuestros días: su componente físico y psicológico, su naturaleza social con relación con el poder y su dimensión moral (de Aquino, 1997).

En la Edad Moderna es precisamente su relación con el poder la que ha suscitado un mayor interés. Thomas Hobbes (1651) en el Leviatán describe la importante función que juega la coerción para determinar la soberanía del Estado y, sentencia que la esencia del pacto social entre ciudadanos y Estado se rige por la obligación y la coerción de una parte hacia otra, bajo el presupuesto de que una de las dos debe cumplir una acción para que la otra pueda validarla. Para Hobbes, la libertad sería la ausencia de cualquier

impedimento que pueda limitar el poder del ser humano para hacer lo que desee y, la coerción anularía esa libertad (Hobbes, 1980).

En 1689, John Locke publica el Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil y, aunque nunca usa el término coerción, admite la necesidad del uso de la fuerza por parte del poder soberano para garantizar la propiedad del Estado y los intereses de los ciudadanos, aunque teniendo como límite el cumplimiento de la ley (Locke, 1990).

En la Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres (1797), Kant describe que la idea de coerción tiene su raíz en la no conformidad entre la razón y cada actuar humano (Kant, 1999), si bien sus consecuencias se asemejan a las descritas por Hobbes y Locke.

No es hasta mediados del siglo XIX cuando aparecen nuevas aportaciones sobre la coerción. En Sobre la libertad (1859), para John Stuart Mill la coerción se fundamenta sobre el bienestar del pueblo, negando el uso de acciones coercitivas por parte del poder en beneficio de un individuo o comunidad; si bien, sí es una buena razón para persuadir, nunca para obligar. Aunque excluye de esto a menores y quienes deban ser cuidados por otros (Stuart Mill, 1997).

En 1969, Robert Nozick intenta determinar las condiciones necesarias para que se pueda hablar de coerción. Incluye en la coerción el uso de amenazas y excluye el de la fuerza física, ya que para él, la coerción sólo se daría en el caso que el sujeto coaccionable estuviera de acuerdo con el agente de la coerción. Para que podamos hablar de coerción es necesario el consentimiento de quien la percibe, si no termina en la ejecución del acto coercitivo, no es verdadera coerción.

Algunos de sus seguidores han extendido el concepto de coerción también al uso de la fuerza física, atribuyendo sólo a cuestiones formales y, no de significado, las diferencias entre coacción física y psicológica (Bayle, 1974).

Nozick enfatiza en la forma de percibir la coerción más que en su actuación y, su análisis se centra en la determinación de las condiciones que favorecen su aceptación por parte de quien es la víctima y ve alterada, tanto su voluntad, como su disposición. La coerción se reduce a la “amenaza condicionada” y la “oferta condicionada”. Además diferencia un marco de referencia empírico, relacionado con el mundo de los hechos, y otro moral, relacionado con los valores, donde una amenaza o una oferta, lo serán, según se consideren en uno u otro marco (Nozick, 1969).

Alan Wertheimer (1987) opta por el criterio moral a la hora de determinar si una proposición es o no coercitiva, en todos aquellos casos donde el establecimiento de las condiciones de la coerción sean necesarios para determinar responsabilidades individuales. Para poder esclarecer responsabilidades, Wertheimer estipula que sólo las amenazas son coercitivas; y además no todas, existiendo una teoría moral que determina cuáles lo son. Vincula directamente la coerción al Derecho y, la necesidad de determinar la responsabilidad jurídica en las situaciones que se actúe bajo coacción.

Al margen del poder político y del derecho también se ha vinculado la coerción a la realidad económica del mundo occidental. Zimmerman (1981) considera una oferta en coercitiva, en función de la desproporción del poder contractual entre la parte que ofrece respecto a la que recibe la proposición, en el marco de las negociaciones salariales.

Así el estudio de la coerción propuesto desde la filosofía de Nozick ha abierto campos de investigación a nivel político, jurídico, económico y psicológico. En este último, destacan las propuestas de Harry Frankfurt (1988) quien

recalca la importancia de la presión ejercida por la persona que formula una proposición coercitiva sobre la alteración de la voluntad del agente coaccionado. Frankfurt afirma que se puede hablar de coerción cuando la amenaza coercitiva determina un deseo tal de actuar en el agente coaccionado que éste no considera si realmente desea actuar de esa manera o si esa actuación es razonable para él mismo. Esta convicción lleva a Frankfurt a no asignar responsabilidad moral a un agente que actúa coaccionado por un deseo tan dominante que anula por completo su voluntad.

En salud mental, el paciente siempre ha estado sometido a diversas medidas y medios coercitivos, sobre todo el internamiento, pero ha habido otros más penosos si cabe, como el empleo de jaulas o habitaciones de aislamiento.

A partir de la Ilustración se empiezan a cuestionar el uso de la contención y aislamiento, con dos escenarios principales: Inglaterra y Francia, junto con dos autores trascendentales Willian Tuke y Phillipe Pinel, respectivamente. El primero aplica el tratamiento moral y crea el “Retiro en York” donde aboga por un mejor trato a los alienados (Foucault, 2000); el segundo, se erigió en símbolo de la reforma psiquiátrica con el gesto de liberar de sus cadenas a los alienados del asilo de Bicêtre (Pinel, 1804).

En la historia moderna, es sobre todo a partir de la revolución de las libertades civiles, en los años 60 y 70 del pasado siglo, cuando se genera un intenso debate sobre los ingresos involuntarios en los hospitales (Greer y cols., 1996), dividiendo a los profesionales entre quienes defienden el derecho de los pacientes a tomar de forma autónoma decisiones y ser tratados con dignidad y respeto (Monahan y cols., 1995) y, quienes defienden que algunos pacientes sin una coerción juiciosa no recibirían el tratamiento que precisan (Appelbaum, 1985).

Pero el uso de la coerción en salud mental va más allá de la hospitalización involuntaria e incluye un extenso abanico de acciones tomadas sin el consentimiento del paciente (Blanch y cols., 1993). Para Diamond (1996) consisten en un continuum que iría desde una persuasión amistosa hasta el uso de la fuerza, pasando por la utilización de una presión interpersonal o el control de los recursos del paciente. Así, para este autor, la coacción formal incluiría el uso de la fuerza y el control de los recursos, mientras que la coacción informal la situaría en la persuasión y presión interpersonal; si bien esta dicotomía no es aceptada por todos los autores que proponen una visión dimensional de la misma (Marlowe y cols., 2001), e incluso otros que ni siquiera aceptan el término, sugiriendo el vocablo “contrato” para aquellas situaciones que se puedan percibir como “oferta” que mejore la evolución del enfermo (Bonnie y cols., 2005).

Lidz y cols. (1995) identifican tres elementos que definirían una intervención como coercitiva: la presencia de “*presión*” ejercida sobre el individuo por otros para conseguir para conseguir la hospitalización o similar; la *percepción subjetiva* de la experiencia coercitiva en cada individuo dependiendo, por ejemplo, de su cultura y; por último, “la *justicia del procedimiento*”, que incluiría los sentimientos del paciente por no ser escuchado, por recibir un trato irrespetuoso y, porque sus puntos de vista sean ignorados. Estos dos últimos aspectos nos permiten entender cómo afecta la coerción a la persona que la padece, el impacto en la percepción del proceso y el papel que juega en el riesgo de violencia con el que pueda responder.

## **2.- COERCIÓN EN SALUD MENTAL**

Dentro de las medidas coercitivas que se usan en el campo de la Salud Mental hemos distinguido entre aquellas que se ejercen dentro de un marco normativo, aunque a veces insuficiente, y a las que nos referimos como medidas formales de coerción (Barrios, 2003) y otras, que son en realidad el objeto de este estudio, las medidas informales o encubiertas, que son aquellas estrategias coercitivas utilizadas como forma de presión sobre el paciente, principalmente ambulatorio, y que se escapan a cualquier normativa o jurisprudencia (Szmukler y Appelbaum, 2001).

### **2.1.-MEDIDAS DE COACCIÓN FORMAL EN SALUD MENTAL**

Las medidas coercitivas formales en nuestro país, y en todos a los que se refiere este estudio, se producen en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica, aunque en algunos países europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda e Israel existen medidas de tratamiento ambulatorio involuntario en distintas fórmulas (O'Brien y cols., 2009).

Así centrándonos en el ámbito de la hospitalización de los enfermos mentales son dos el tipo de medidas que se pueden dar: medidas coercitivas propiamente dichas y tratamientos coercitivos.

Los tratamientos coercitivos se refieren a la hospitalización en contra de la voluntad del paciente según los marcos legales vigentes en cada país y, que tiene por objeto el tratamiento, ayuda y cuidado u observación del paciente.

En cuanto a las medidas coercitivas formales estarían las prácticas destinadas al control de la agitación o de conductas de riesgo para el paciente o los que le rodean y se limitan al internamiento involuntario, el aislamiento terapéutico, la contención mecánica y el tratamiento médico forzoso (Barrios, 2003, 2013)

### Internamiento involuntario

Regulado en España por el artículo 763 del código de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se refiere a la modalidad de hospitalización que se justifica en función de la peligrosidad del paciente hacia sí mismo o hacia otros, o bien por la necesidad de tratamiento, en el que se restringe la libertad del paciente ante la imposibilidad de abandonar el centro de internamiento (Kaltiala-Heino y cols., 2000; Salize y cols., 2002; Barrios, 2003, 2013; Kallert y cols., 2005).

El ingreso en un establecimiento psiquiátrico, requiere autorización/aprobación judicial, correspondiendo conocer de este tipo actuaciones a la jurisdicción civil, siendo el Juzgado competente el del domicilio o residencia del internado (en el caso de los ingresos ordinarios) o el del lugar donde radique el centro del internamiento (en el supuesto de ingresos urgentes, cuya comunicación al Juzgado es posterior a la realización del mismo) (763.1. I y III LEC, respectivamente).

### Aislamiento terapéutico

Se refiere al aislamiento de un paciente en un área cerrada, habitualmente una habitación vacía, destinada a su separación del entorno durante un tiempo determinado, para hacer frente a una emergencia (Lewin y cols., 1991; Salize y cols., 2002; Zun y cols. 2005).

Existen cuatro variantes: el encierro en una habitación que se puede atrancar, en un espacio con puerta, la ubicación en una habitación donde se limitan los movimientos y la separación del grupo (Mastorgianni y cols., 2004).

También podríamos incluir aquí el llamado “time out”, ubicándole en su propia habitación o una específica con la puerta abierta y sin poder salir de ella.

### Inmovilización

La Joint Comission on the Accreditation of Health care Organizations (JCAHO, 2009) la define como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus acciones físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a otros.

En el caso de la contención mecánica se utilizan herramientas específicas como cinturones o esposas para limitar los movimientos (Zun y cols., 2005).

### Tratamiento médico forzoso

Se trata de la aplicación de terapias sin consentimiento del paciente para controlar a aquellos pacientes violentos o agresivos (Espino, 1978; Salias, 2005).

En España el internamiento involuntario autoriza también la administración de tratamientos en contra de la voluntad, aunque esto no sucede así en otros países.

En general, las normas sobre internamientos involuntarios son muy heterogéneas, las reglas relativas a tratamientos involuntarios tampoco son similares (oscilando entre modelos que fijan reglas específicas para pacientes mentales y otros –como España- en los que esta temática se regula de forma general para todo tipo de pacientes), y es común la inexistencia de regulaciones sobre contención y aislamiento (Kallert y cols., 2005).

Al margen de la hospitalización, a partir de la década de los 70 en Estados Unidos los tratamientos de coacción formal se desplazan también al ámbito comunitario, dando origen a los tratamientos ambulatorios involuntarios, que actualmente se han extendido a distintos países. Éstos suponen un mecanismo



por el cual se ignora los deseos sobre el tratamiento de una persona competente desde el punto de vista legal si se piensa que supone un riesgo potencial para sí mismo, los demás o si existe un riesgo serio de deterioro de su propia salud (Allen y cols., 2001).

Según los países y las diferentes legislaciones podemos identificar tres tipos de órdenes de tratamiento ambulatorio: preventivas (para prevenir el deterioro del estado mental que pudiera derivar en conductas peligrosas), mínimamente restrictivas (como medios para evitar la hospitalización o favorecer el alta del mismo) y una combinación de ambas, en países con una legislación amplia en este aspecto y donde los límites entre una y otra se difuminan (Hiday, 2003; Churchill y cols., 2007).

## 2.2.- LA COACCIÓN INFORMAL EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Aunque como decíamos anteriormente el debate sobre el uso de la coacción está centrado, sobre todo, en el internamiento y, de forma más específica, en el uso de la hospitalización involuntaria, el desplazamiento de los tratamientos al ámbito ambulatorio y comunitario, también ha condicionado el uso de distintos medios de coacción en este entorno.

De hecho, actualmente estamos inmersos en el debate del uso del tratamiento ambulatorio involuntario como alternativa o quizás como un intento de evitar el internamiento forzoso. Sin embargo, ésta es solo una parte de las estrategias de presión utilizadas de forma habitual para conseguir la adherencia al tratamiento de nuestros pacientes (Szmukler y Appelbaum, 2001, 2008; Molodynski y cols., 2010).

Para Wertheimer (1993) existen cuatro posibles formas en la que el medio puede condicionar la decisión del enfermo: persuasión (se intenta dar al enfermo los argumentos para que cambie de opinión); inducción (el enfermo recibe una oferta que puede mejorar una situación concreta en su vida y servirá de motivación); coacción (o amenaza, de no aceptar lo que le están proponiendo, su situación empeorará); autoridad (existe una relación de autoridad cuando el enfermo está tomando una decisión en el marco de una relación de dependencia jerárquica). En los dos primeros casos se considera que la decisión es libre por parte del enfermo, y que aceptará la sugerencia que le plantean si los argumentos son sólidos; mientras que en los casos de coacción y autoridad, la libertad del individuo se ve cercenada.

Lidz y cols. (1995), a quienes ya citábamos anteriormente, definen distintos componentes en la “presión” necesaria para ejercer la coerción: inducción (ofrecer o prometer algo a cambio de...), persuasión (a través del diálogo o la información conseguir...) amenaza (con el ingreso o algo de valor como

pérdida de pensiones o alojamiento...) y uso de la fuerza. Las dos primeras las consideran como “presión positiva” o coerción informal y, las otras dos como formal.

En este trabajo seguiremos la clasificación de Szmukler y Appelbaum (2001), quienes definen cuatro niveles diferentes de coerción previos a la coacción formal: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza, que pasamos a definir.

### Persuasión

El clínico explica los beneficios de una determinada forma de tratamiento, aporta información y da respuesta a preguntas y preocupaciones. El paciente es libre para aceptar o rechazar los consejos sobre su tratamiento.

### Influencia interpersonal

El clínico utiliza la relación interpersonal con el paciente para intentar influir en el proceso de toma de decisión. Puede existir una presión adicional sobre el paciente al manifestar aprobación o desaprobación, en función de la decisión tomada.

### Inducción

El clínico puede sugerir al paciente que recibiría un apoyo o servicios adicionales si estuviera de acuerdo con participar en la forma de tratamiento sugerida.

### Amenaza

El clínico puede sugerir que estos apoyos o servicios se retirarán, e incluso mencionar el posible uso de medidas de coacción formal, si no cumple con el tratamiento.

### Coacción formal

El clínico obliga al paciente a seguir el tratamiento contra su voluntad, mediante un requerimiento judicial, bien a nivel ambulatorio bien hospitalario, usando la legislación de turno.

En el Anexo II aparecen casos que ejemplifican estos tipos de coacción, que fueron presentados y discutidos durante los grupos focales y que permiten una mejor comprensión de estos términos.

### 2.3.- INVESTIGACIÓN EN COERCIÓN

La mayor parte de la investigación en torno a la coerción se centra en el proceso de internamiento, sus tasas, las características de las personas que los sufren y la percepción de la misma (Hiday y cols., 1997), asumiéndolo como algo que se experimenta de forma negativa. De hecho los primeros estudios sobre coacción formal son una aproximación a la experiencia subjetiva de la misma, planteando la hipótesis de que aquellos pacientes que ingresaban de forma voluntaria lo percibían de forma menos coercitiva que los que lo hacían involuntariamente (Monahan y cols., 1995), ignorando particularidades legales, asistenciales o administrativas, y eso a pesar de ser conocido que muchos pacientes ingresados de forma involuntaria buscan ellos mismos el ingreso (Beck y Golowaka, 1988; Hoge y cols., 1997) y; viceversa más aún, son muchos los pacientes que desconocen su status legal cuando ingresan (Bradford y cols., 1986; Edelsohn y Hiday, 1990; Toews y cols. 1984), lo que derivó rápidamente en la idea que el status legal del ingreso poco tenía que ver con la percepción de coerción (Monahan y cols., 1995).

Las estrategias informales de coerción, a las que dedicamos este estudio, como persuasión, amenazas o el uso de la fuerza para conseguir el ingreso aparecen antes del mismo. En ellas intervienen familia, profesionales o la fuerza pública y de hecho, los pacientes señalan a familiares y amigos como los primeros en ejercerlas, antes que los profesionales sanitarios (Hoge y cols., 1997). Nicholson y cols. (1996) señalan que la forma más temprana de coerción para conseguir el ingreso hospitalario es la persuasión verbal.

En cualquier caso, estos primeros estudios reflejaron que la coerción es una experiencia dependiente de la situación y altamente subjetiva (Wertheimer, 1993). Incluso en aquellos estudios que intentaban utilizar medidas objetivas

de la misma no se encontraba un acuerdo en la presencia, grado o forma de coerción.

Además la coerción podría aparecer en forma de presión positiva o negativa, lo que marcaría más la percepción del paciente que la propia conducta coercitiva. Así, la primera llevaría al paciente a sentirse tratado de forma apropiada y respetuosa; mientras la segunda lo haría sentirse ignorado, condicionando su satisfacción y, probablemente su seguimiento posterior (Lidz y cols., 1995).

Comienzan entonces a aparecer estudios de coerción percibida del ingreso hospitalario, en los que se relaciona ésta con una mala percepción del trato y tratamiento durante la hospitalización (Shannon, 1977), con una menor búsqueda de ayuda y peor adherencia a los tratamientos (Campbell y Schraiber, 1989), peor seguimiento al alta (Kaltiala-Heino y cols., 1997) o menores índices de satisfacción (Høyer y cols., 2002). Sin embargo también hay investigaciones que no encuentran relación con los beneficios de la hospitalización (Nicholson y cols., 1996) o incluso que encuentran ciertos beneficios en la adherencia inicial al tratamiento (Rain y cols. 2003).

También existen estudios sobre coerción en pacientes ingresados de forma voluntaria. Es un hallazgo frecuente el hecho de que, aunque hayan aceptado su ingreso, previamente han sido persuadidos verbalmente para el mismo (Lidz y cols. 1993) o incluso amenazados, con una peor percepción del tratamiento y menos búsqueda posterior de ayuda que en los pacientes estrictamente voluntarios (Rogers, 1993).

Existen otros factores, independientemente de la voluntariedad del ingreso, que también condicionan la percepción coercitiva del mismo, como el hecho de que ésta la ejerza la familia, el clínico o sea de tipo legal. Así es frecuente que los pacientes minusvaloren la coerción cuando ésta procede del medio

familiar, derivado del propio deseo del paciente de “entender u olvidar” las acciones familiares (Hoge y cols., 1997), o la “teoría del agradecimiento”, en la que Stone (1975) sugiere que el paciente tras el reconocimiento retrospectivo de la necesidad del ingreso debilita su recuerdo sobre la coerción ejercida por la familia.

Otro elemento descrito que actúa como atenuante de la coerción es dar al paciente la posibilidad de ser escuchado y hacerle sentir parte del proceso de la toma de decisión (Hoge y cols., 1993, 1998; Bennet y cols., 1993), considerando que ésto supone un trato respetuoso, digno, cortés y adecuado (Lidz y cols., 1995; Lind y cols., 1988, 1990; Lind y Tyler, 1988).

También la forma de ejercer la coacción tiene una gran importancia en la percepción del paciente, así las presiones negativas, en forma de amenazas o cualquier ejercicio de fuerza, son mucho peores que la presión positiva, a través de la persuasión o inducción y, como de esta forma, con una atención cercana, mejora esta percepción (Lidz y cols., 1995).

Asimismo puede minimizar la percepción de coerción la participación de una tercera persona que valide la decisión del ingreso (Hiday y cols., 1997), a veces el propio juez (Thibaut y Walker, 1975), o que el proceso sea percibido como imparcial y de “buena fe” (Bennett y cols., 1993; Tyler, 1990, 1992; Hoge y cols., 1993; Monahan y cols. 1995).

Al margen del proceso de la hospitalización la coerción también se ha investigado en otras áreas, principalmente en el tratamiento ambulatorio, el más frecuente para nuestros pacientes y, cada vez son más las investigaciones que intentan determinar el papel coercitivo que puedan jugar determinadas intervenciones como la gestión de casos o los tratamientos asertivos (Dennis y Monahan, 1996; Appelbaum y Le Melle, 2008).

En el campo de las adicciones está bastante bien descrito el uso de presiones tanto positivos como negativas para favorecer la consecución de objetivos terapéuticos, y la abstinencia en general (Marlowe y cols. 1996). De hecho existe un estudio, de Marlowe y cols. (2001), donde todos los pacientes evaluados habían sido presionados de alguna manera para iniciar el tratamiento. Además se ha visto que intervenciones coercitivas sobre la pareja o familia en el contexto de intervenciones familiares amplias pueden resultar eficaces para lograr la abstinencia (Centrella, 1994; Thomas y Anger, 1993; Liepman, 1993)

Marlow y cols. (1996) propone utilizar un modelo dimensional del ejercicio de la coerción en este tipo de pacientes frente al dicotómico (sí/no). Estos autores encuentran que hasta un tercio de los pacientes con adicción recibe alguna forma de coerción antes de iniciar el tratamiento y que, es precisamente la coacción informal la que ejerce más presión para seguir con él, frente a la formal y sus implicaciones legales, salvo en aquellos pacientes derivados directamente por agencias gubernamentales y no por iniciativa propia o familiar. Sin embargo, en un estudio posterior, encuentra que el 60% de los pacientes derivados con orden judicial a tratamiento, completa al menos un año del mismo y el 50% lo finaliza (Marlowe y cols., 2005).

Otro aspecto bastante estudiado es el impacto que suponen las medidas judiciales en la coerción. Sin embargo, aquí es pequeña la información rescatable y poco útil para nuestro entorno, dadas las grandes diferencias jurídicas con el mundo anglosajón, de donde procede la mayor parte de este tipo de investigación. Por ejemplo, los “Mental Health Courts” (que permite dejar en suspenso procedimientos penales en espera de la evaluación por estos juzgados específicos, supervisados por servicios de Salud Mental) o los tratamientos ambulatorios involuntarios, no existen en nuestro medio.



Con respecto a los primeros, Poythress y cols (2002) encuentran que los defendidos en estos juzgados no experimentan su participación en ellos como coercitiva y, sugieren que hacer explícito el hecho de poder elegir si quieren exponer su caso en ellos puede reducir esta percepción. De igual modo, Christy y cols. (2005) encuentran que quienes acuden a estos juzgados tienen una menor percepción de coerción, mayor apreciación de que el procedimiento es justo y mayor satisfacción con los resultados.

Los resultados con respecto a la eficacia de los tratamientos ambulatorios obligatorios son contradictorios, existiendo estudios en donde parece que mejoran la adherencia (Swartz y cols., 1999) y conductas violentas (Swanson y cols., 2001); si bien Wagner y cols. (2003), ponen de manifiesto que estos resultados sólo aparecen si se consigue mantener el tratamiento durante más de seis meses.

En lo que se refiere estrictamente al tema de la percepción de coerción, que ahora nos ocupa, hay resultados que muestran que quienes perciben el tratamiento involuntario obligatorio como coercitivo también lo consideran como menos efectivo y legítimo (Schwartz y cols., 2004), pero también hay resultados donde no son percibidos como más coercitivos que los tratamientos al uso (Steadman y cols, 2001). Elbogen y cols. (2004) matizan esta observación advirtiendo de la importancia de la coerción en función del tipo de presión ejercida.

Aunque el tipo de coerción informal aplicada es variable, el porcentaje de paciente que refieren haberla padecido en alguna medida, es bastante constante en los distintos estudios y se sitúa entre el 44 y el 59% (Molodynski y cols, 2010). Monahan y cols (2005), relaciona una mayor percepción de coerción con el hecho de ser paciente joven, con mal funcionamiento global, haber tenido hospitalizaciones previas, larga evolución en tratamiento y

tratamiento ambulatorio muy intenso; siendo útil en algunas formas para mejorar la adherencia. Aunque otros autores también afirman que pueden retrasar la búsqueda de ayuda (Nicholson y cols. 1998), empeorar el estigma (Link y cols. 2008) o dificultar la relación terapéutica (Angell y cols., 2007). Burns y cols. (2011) relacionan la coerción con la presencia de rehospitalizaciones, el consumo de sustancias y bajo insight; Jaeger y Rossler (2010), afirman que son los pacientes con mayor insight quienes afrontan mejor este tipo de medidas.

Aunque estas estrategias informales de coerción están mucho más extendidas, o al menos más estudiadas en Estados Unidos, cada vez son más frecuentes en países europeos (Burns y cols. , 2011). Para el ejercicio de la coacción informal a nivel ambulatorio se usan distintos tipos de elementos desde los terapéuticos, entre los que se han incluido los tratamientos asertivo comunitarios (Appelbaum y Le Melle, 2008) o el uso de fármacos antipsicóticos de acción prolongada (David, 2013); los sociales como beneficios económicos o de alojamiento (Bonnie y Monahan, 2005; Monahan y cols. 2005; Appelbaum y Redlich, 2006; Angell y cols. 2007); o los legales, existiendo legislación en diversos países en este sentido (Monahan y cols., 2001; O'Brien y cols., 2009).

Las primeras advertencias sobre el posible ejercicio de la coerción en la aplicación de los tratamientos asertivos aparece en el encuentro organizado por la red de investigación MacArthur sobre Salud Mental y Ley (Dennis y Monahan, 1996). Posteriormente personal que trabaja en equipos de tratamiento asertivo ha reconocido el uso técnicas coercitivas, como la presión mediante recursos económicos o alojamiento (Diamond, 1996; Monahan y cols. 2005). Incluso hay quien califica el término asertivo como “eufemístico” (Gomory, 2002).

Otros autores, sin embargo, no solo no refrendan estas observaciones sino que las contradicen. En un estudio de McGrew y cols. (2000) solo el 6% de los usuarios lo considera intrusivo y el 44% no encuentra objeciones respecto al mismo; en el de Angell y cols. (2006), sólo es considerado coercitivo por quienes están sometidos a una intervención judicial; y en el de Appelbaum y Le Melle (2008), ni pacientes ni personal perciben como coercitivas estas intervenciones.

Aunque los tratamientos farmacológicos de acción prolongada presentan una serie de ventajas sobre los tratamiento orales de cara a favorecer la adherencia, una de las principales reticencias hacia su uso es la posible percepción de la inyección como una experiencia pasiva e ignominiosa para algunos pacientes, entorpeciendo la relación terapéutica (NICE, 2010; Barnes y cols., 2011). De hecho, no es infrecuente encontrarnos que su uso pueda ser percibido de forma coercitiva tanto por pacientes como por profesionales (Iyer y cols., 2013 a,b), quizás condicionado por su creciente uso en el caso de tratamientos involuntarios (Patel y cols., 2011). Aunque también es cierto que una vez establecido su uso, a la mayor parte de los pacientes les resulta aceptable o al menos tan aceptable como el tratamiento oral (Patel y cols., 2009, 2010).

Con relación al uso de beneficios sociales como forma de presión, esencialmente en países anglosajones, se aprovecha la recepción de pensiones derivadas de la enfermedad para buscar resultados favorables, persiguiendo la adherencia al tratamiento a través de conseguir ingresos económicos, aunque rara vez se convierte en un “quid pro quo”. De forma similar, el alojamiento se puede usar en algunas ocasiones como forma de presión en pacientes sin hogar, para lograr la adherencia al seguimiento comunitario, al igual que el caso del dinero, generalmente de forma informal, aunque con el mismo fin (Monahan y cols. 2001).

El uso de motivaciones económicas ha mostrado resultados positivos en algunos estudios: reduciendo el número de días de hospitalización (Luchins y cols., 1998), mejorando la adherencia a programas ambulatorios (Ries y Comtois, 1997), y disminuyendo el consumo de drogas (Hanrahan y cols. 1999; Ries y Dick, 1997). De igual modo, proporcionar un alojamiento puede llevar a muchos pacientes sin hogar a aceptar un tratamiento ambulatorio (Schutt y Goldfinger, 1996).

Desde el punto de vista legal, entrando ya en la coerción formal, los tratamientos ambulatorios se proponen en ocasiones como alternativas al ingreso en prisión u hospitalario. Esta última modalidad incluye tres tipos: anticipación del alta a cambio de tratamiento ambulatorio, alternativa al mismo en pacientes que reúnen criterios de ingreso ambulatorio y, por último, en pacientes que no tienen criterios pero suponen un riesgo de descompensación y futuro ingreso (Monahan y cols., 2001).

Son posiblemente por sus implicaciones jurídicas, éticas y políticas, los tratamientos ambulatorios obligatorios los más estudiados. En Estados Unidos, encontramos dos estudios randomizados, considerados los de mayor calidad dentro de la evidencia científica. El primero, en California, no encuentran diferencias significativas en hospitalizaciones, adherencia, calidad de vida o coerción percibida (Swartz y cols., 1999). El segundo, en Nueva York, donde tampoco encuentran diferencias significativas, aunque sí menos días de hospitalización en pacientes con tratamiento obligatorio (Steadman y cols., 2001). Cuando ambos estudios se combinaron en una revisión sistemática de la Cochrane tampoco alcanzaron diferencias estadísticas significativas (Kisley y cols., 2006). En una revisión y metanálisis posterior, en donde se incluyen estudios no randomizados, las conclusiones no son muy diferentes, con una escasa reducción en el número de ingresos y días de estancia hospitalaria (Kisley y cols., 2007). Fuera de Estados Unidos un

reciente estudio randomizado, realizado en Inglaterra y Gales, tampoco encuentra disminuciones en las hospitalizaciones que justifiquen la extensión del uso de los tratamientos ambulatorios obligatorios (Burns y cols. 2013).

## 2.4.-JUSTIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS COERCITIVAS EN SALUD MENTAL

La intervención coercitiva en psiquiatría se ha justificado en base al beneficio del propio paciente, por razones de defensa social y con un fundamento mixto que conjuga los dos anteriores (Barrios, 2013).

El beneficio para el paciente surge del derecho anglosajón, en torno a la figura del “*parens patriae*”, que aunque inicialmente nace para defender intereses colectivos, posteriormente se amplía primero a menores desvalidos y después a enfermos mentales (Cooper, 1975; Wesson, 1980), que quedará legitimado a través del Derecho administrativo. Así, en 1903 Otto Mayer analiza la coacción, diferenciando dos tipos: la ejecución forzosa y la coacción directa (cuyo elemento fundamental es el uso de la fuerza por los agentes de policía, quienes actuarán bien por disposición legal o bien en cumplimiento de un principio general cuya legitimidad sea incontestable). Para Mayer sería el caso del “loco furioso” que es preciso encerrar para evitar que cause daños a terceros o, el caso del suicida, en el que está justificado el uso de la fuerza para proteger su vida.

El segundo de los argumentos que se utilizan para justificar la intervención involuntaria en psiquiatría alude a la defensa social, a la peligrosidad del enfermo mental. Independientemente de polémicas sobre el riesgo de violencia en la enfermedad mental (Bo y cols., 2012), no cabe duda, que en determinados casos la enfermedad mental puede comportar peligrosidad para sí o para otros y parece admisible que la sociedad disponga de algún mecanismo de protección (Barrios, 2013).

En realidad, el fundamento de la coerción en psiquiatría es mixto. John Stuart Mill (1997) conjuga ambos fundamentos: de un lado afirma que “la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un

miembro de una comunidad civilizada, contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás”; y de otro, igualmente que “esta doctrina [el liberalismo] es sólo aplicable a seres humanos en la madurez de sus facultades... Los que están todavía en una situación que exige que sean cuidados por otros, deben ser protegidos contra sus propios actos, tanto como contra los daños exteriores”. El artículo 8 de las Recomendaciones del Consejo de Europa 10 (2004) reconoce también esta doble fundamentación.

Estas dos líneas de argumentación dan lugar a su vez a las dos modalidades de intervención en cuanto a lo que medidas coercitivas se refiere (Bush y cols., 2000): la coerción terapéutica, dirigida a la aplicación de un tratamiento o reducción de la estimulación sensorial en una situación determinada (Grigson, 1984; Cotton 1989, 1995; Gutheil, 1978); o la modalidad de contención para protegerlo de sí mismo o proteger a los demás (Gutheil, 1978). Consecuentemente las medidas legislativas van en esta línea.

Desde un punto de vista eminentemente clínico, Smuzkler y Appelbaum (2008) también recogen estas dos argumentaciones a la hora de ejercer la coerción: el tratamiento coercitivo como forma de mejorar aspectos relacionados con la salud del paciente o bien el tratamiento como forma de protección de los demás, mucho menos defendible, según los autores, al menos en lo que a la coacción informal se refiere.

Derivado del intento de mejorar la salud del paciente nos encontraríamos dos esquemas de intervención: un modelo basado en el modelo paternalista, y otro en la “capacidad” y “el mejor interés para el paciente”, que es el que Smuzkler y Appelbaum defienden.

Quienes respaldan el primer modelo proponen que una persona actúa de forma paternalista, si lo hace en beneficio del otro, si su acción viola las convicciones del otro, carece de su consentimiento y la persona cree que

puede tomar su propia decisión al respecto. Sin embargo, justifican su uso porque a pesar de violentar al otro, la intención es prevenir un daño hacia sí mismo (Culver y Gert, 1982; Gert y cols., 2006).

El argumento de la falta de capacidad y la búsqueda del mejor interés para el paciente juega un papel cada vez más relevante para tomar decisiones no consentidas por el paciente, tanto en psiquiatría como en medicina en general (Law Commission, 1995; Grisso y Appelbaum, 1998; Szumkler y Holloway, 1998). Sobre el concepto de capacidad discutiremos en una sección posterior, pero a modo de resumen aclaramos que implica la habilidad para entender y retener la información relevante en la toma de una decisión (incluyendo las consecuencias de la misma) y la capacidad para usar esa información en la toma de dicha decisión, que a su vez incluiría ser capaz de aplicar la información al dilema del paciente, razonar con esa información y ejercitar una elección (Law Commission, 1995; Grisso y Appelbaum, 1998).

Así, sería la ausencia de una capacidad adecuada para la toma de decisiones, lo que llevaría a considerar un tratamiento en contra del deseo del paciente, pero además el tratamiento debe buscar el mejor interés para el mismo (Smuzkler y Appelbaum, 2008).

Es a la hora de definir cuáles son los mejores intereses para el paciente cuando encontramos otro escollo. Conviene tener en cuenta algunos aspectos: los deseos y sentimientos verificables, pasados y presentes, de la persona; la necesidad de permitir y motivar a la persona para que participe o mejore su capacidad para participar, tanto como sea posible, en cualquier decisión que le afecte; los puntos de vista de otras personas, a quienes es práctico y apropiado preguntar sobre los deseos y sentimientos de la persona en cuestión y cuáles son sus mejores intereses; cualquier acción o decisión que se requiera se ejecutará de la manera menos restrictiva posible (Law Comission, 1995).



Aunque estos dos modelos puedan parecer similares, presentan algunas diferencias clave y es, sobre todo, que en este último, la incapacidad no es suficiente para la intervención sin el consentimiento del paciente; siendo en el modelo paternalista las intervenciones de características universales, sin valorar los intereses del paciente.

Por último, la justificación basada en la protección de los demás es más propia de la coacción formal (detención o tratamiento involuntario) que de la coerción informal, motivo de esta investigación. Además el término protección puede ser muy elástico y nunca debe confundirse con el interés sanitario. Mientras en la aproximación basada en la búsqueda del mejor interés para el paciente, el tratamiento involuntario deriva de la incapacidad para tomar decisiones y el riesgo para la salud; en el caso, de que el motivo de tratamiento sea el riesgo para los demás, la necesidad de tratamiento no viene derivado necesariamente de la incapacidad sino de la magnitud y seriedad del riesgo (Smuzkler y Appelbaum, 2008).

Por todo ello, el uso de medidas coercitivas en estas situaciones debe ser limitado. En 1985, la Asociación Americana de Psiquiatría, estableció los criterios a seguir en su uso, siempre y cuando no existan alternativas a las mismas para evitar las situaciones de riesgo: prevenir daños materiales en los centros en los que se halla el paciente, evitar el compromiso de los resultados terapéuticos, reducir el exceso de estímulo y las peticiones que se manifiestan como síntomas de la enfermedad (APA, 1985; Fisher, 1994).

En general, los valedores de las medidas coercitivas se apoyan en la eficacia de las mismas para su defensa, siendo bastante evidente su eficacia en menores en fases tempranas del tratamiento o reclusos como alternativa a la cárcel (Peele y cols., 2001). Aunque son muchas las Asociaciones

Profesionales que limitan su uso a casos de conductas violentas y siempre que no existan alternativas válidas (Bush y cols., 2000; Salas y cols., 2005).

### **3.- ASPECTOS ÉTICOS DE LA COERCIÓN**

#### **3.1.- DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS PACIENTES**

Un problema importante que supone el uso de las medidas coercitivas es la posible vulneración de derechos y libertades de los enfermos.

En torno a la evolución de los derechos básicos de las personas se ha construido doctrinalmente la teoría de las “generaciones de derechos”, concepto que acogería dos criterios, el histórico y el temático, ambos relacionados (García, 1988). Varios autores describen distintas generaciones: a) una “Generación 0”, constituida por el pasado de tradiciones religiosas, culturales y filosóficas presentes en las civilizaciones, y que recogen las aspiraciones de dignidad, libertad y justicia del ser humano; b) una “Primera Generación”, relativa a los derechos de la libertad, e integrada por “derechos individuales, civiles y políticos, que exigen respeto a la dignidad de la persona, su integridad física, autonomía y libertad frente a los poderes constituidos, y garantías procesales”; c) una “Segunda Generación”, referida a los derechos de la igualdad, respecto a los cuales “se exigirá cierta intervención del Estado para garantizar a los individuos los bienes sociales básicos como la educación, la salud, el trabajo, la protección social” y d) una “Tercera Generación”, que afecta –entre otros- a los llamados derechos de la solidaridad, los cuales tienen naturaleza de declaraciones sectoriales en relación a personas de determinados colectivos “que se ven discriminados o privados de determinados derechos”. En esta última se ubicarían los derechos del enfermo (Castán Cobeñas, 1982; Pérez Luño, 1991; García, 1999).

Para Barrios (2013) el contenido de los derechos del enfermo mental puede desdoblarse en derechos formales y materiales. Los primeros, serían los derechos fundamentales del paciente mental; los segundos aluden a modelos asistenciales, dispositivos organizativos, etc...

En el ámbito nacional, los derechos fundamentales del paciente mental están garantizados por la traslación de los Derechos Constitucionales al ámbito sanitario de la Salud Mental (artículos 14-29 de la Constitución Española, 1978), son derechos vinculantes para los poderes públicos y tutelados por tribunales ordinarios, e incluso el amparo del Tribunal Constitucional (arts. 53. 1 y 2 de la Constitución Española, 1978). Algunos de estos derechos tienen una proyección legislativa a nivel sanitario, sobre todo en lo referido a la autonomía del paciente y, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002), de 14 de noviembre de 2002. En otro orden de cosas se sitúan las normas deontológicas recogidas en el Código de Ética y Deontología Médica donde se hace referencia expresa a este tipo de derechos.

En Latinoamérica, en el seno de la Organización Panamericana de la Salud, se aprobó el 14 de noviembre de 1990 la llamada “Declaración de Caracas”, durante Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que aboga para que recursos, cuidados y tratamientos salvaguarden la dignidad y los derechos humanos y civiles de los pacientes, y porque las legislaciones de los Estados aseguren el respeto de los mismos (Declaración de Caracas, 1990).

También conviene destacar la labor de la ONU o el Consejo de Europa a nivel internacional. La primera adoptó en Asamblea General en 1991, en su resolución 46/119, los Principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental (A/RES 46/119, 1991); y el 13 de diciembre de 2006 se desarrolla la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo a la anterior, ratificados por España, cuyo propósito fue “promover, proteger y asegurar el goce pleno

y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y Protocolo Facultativo, 2006). También el Consejo de Europa a través del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o degradantes (“Normas CPT”, 2004), elabora informes y recomendaciones periódicas al respecto.

Aunque no es el propósito de este trabajo hacer una descripción de estos derechos, sí nos parece interesante, al menos reproducir la enumeración que de los mismos hace Barrios (2013):

- 1.-Respeto a la dignidad.
- 2.-Protección de la vida humana.
- 3.-Respeto a la integridad.
- 4.-Prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes.
- 5.-La prohibición de discriminación y su materialización en el principio de conservación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.
- 6.-Autonomía personal y consentimiento informado.
- 7.-Derecho a la información.
- 8.-Privacidad y confidencialidad de datos.

### 3.2.-PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Enlazando con los derechos de los pacientes, es el principio de autonomía el que ponemos en tela de juicio a la hora de utilizar medidas coercitivas, sobre todo si estas escapan al regulador, como son las medidas informales de coacción, objeto principal de este trabajo. Es por esto que sí vamos a exponerlo con mayor profundidad.

El principio de autonomía prioriza la elección libre y auténtica del paciente respecto a las decisiones que se le imponen al encontrarse en una situación clínica que pueda condicionarle. Las medidas coercitivas representan un fuerte condicionante para el enfermo mental y ponen en discusión su posibilidad de actuar libremente.

Aunque discutido, el término autonomía suele referirse, de forma general, al autogobierno, sobre la base de unas determinadas normas libres de cualquier inferencia exterior que pueda comprometer la libre elección y, se centre en la libertad y la intencionalidad del actuar (Beauchamp y Childress, 2009). Además la autonomía debe considerarse desde dos perspectivas: como una realidad autónoma (una posibilidad en la que puede realizarse la acción), y como una acción o elección autónoma (el acto autónomo en sí mismo) (Gracia, 2007). Así la autonomía es una realidad sustantiva al ser humano que se concreta a la hora de elegir libremente; en términos de ética médica, debemos pensar en una autonomía que se realiza en el actuar de los profesionales, vinculada al respeto de la elección de los pacientes (Valenti, 2009).

La autonomía como realidad tiene un sentido operacional y es un continuum entre la realización plena y la ausencia de realización, por lo que debemos hablar de acciones sin normas sustanciales que se manifiestan siempre con tres

características: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo (Veatch, 2003).

La intencionalidad se da cuando la acción se corresponde con un plan previo y tiene tres niveles: lo deseado, lo querido y lo hecho intencionalmente. Además cualquier acción autónoma precisa de un determinado conocimiento y comprensión de las circunstancias donde la acción se desarrolla. Por último, lo más comprometido cuando usamos la coerción sería la ausencia de control externo (Veatch, 2003).

La presencia de control externo tiene una gradación que determina su fuerza, siendo los grados más importantes la coerción, la manipulación y la persuasión. La primera se produce cuando una persona influye física e intencionadamente sobre otras, sobre todo mediante amenazas con consecuencias, que le inducen a actuar de una forma dada para evitar esas consecuencias. Es la más usada en Salud Mental cuando el tratamiento es coercitivo (Beauchamp y Childress, 2009). La segunda es una influencia sobre otra persona para que actúe de determinada forma, mediante alteración de las posibilidades que quedan al alcance de la persona manipulada. La última supone una influencia racionalmente argumentada para obtener la aceptación de los intereses de quien ejerce la influencia.

Estas tres condiciones, aunque necesarias no son suficientes para determinar un acto como autónomo y requeriría, para algunos autores, otro elemento para que la autonomía sea efectiva, la autenticidad. Se refiere a una forma de actuar dentro del respeto de unos valores y creencias que han sido asumidos conscientemente y reflejan las actitudes del individuo frente a las elecciones que se presentan en su vida en general (Gracia, 2007).

Si consideramos todos estos aspectos no es infrecuente encontrarnos circunstancias en la clínica donde se vulnere esta autonomía, más aun cuando

aparecen en liza otros valores morales en la práctica psiquiátrica como los principios de beneficencia, no-maleficencia o justicia.

Además el respeto del principio de autonomía debe tener dos formas distintas: una obligación negativa (no controlar o limitar el libre actuar siempre que éste no constituya un peligro para los demás) y una positiva (la de los profesionales de la salud que deben garantizar al paciente una información adecuada que le permita desarrollar la suficiente competencia para tomar una decisión autónoma) (Beauchamp y Childress, 2009).

En cualquier caso, una acción será autónoma si viene determinada por un móvil subjetivo del individuo y está basada en criterios de racionalidad (Simón Lorda, 2000).



### 3.3.-COMPETENCIA Y CAPACIDAD

El principio de autonomía representa un marco de referencia epistemológico en relación a la aplicación de medidas coercitivas. La falta de competencia es, sin lugar a dudas, el factor decisivo a la hora de cercenar la autonomía del paciente en nombre del beneficio terapéutico; por ello, es ineludible para la comprensión del uso de medidas coercitivas.

En el desarrollo histórico del consentimiento informado el primer concepto que surge es el de voluntariedad, sobre todo con relación a la experimentación en seres humanos (Simón Lorda, 2000).

El punto de partida del consentimiento informado surge a principios del siglo XX, a raíz del caso de Mary Schloendorff contra el Hospital de Nueva York (1914), donde el juez Benjamín Cardozo sentenciaba *“Todo ser humano de edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se hará con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente comete un asalto de la que es responsable de los daños”*.

El primer boceto de consentimiento informado surge durante el III Reich y en él se definen algunos elementos para la experimentación en seres humanos, pero es a raíz del proceso de Nüremberg (1947), derivado de los excesos cometidos durante el mismo producto de las deliberaciones y argumentos contra la jerarquía nazi y alguno de sus médicos, cuando se pone de manifiesto la necesidad de un código ético que garantice los fundamentos éticos y legales en la investigación con seres humanos. Así el Código de Nüremberg contiene 10 principios que evidencian la necesidad de un consentimiento informado, denominado “voluntario”, para aquellos que participan en dichas investigaciones (Gracia, 2007).

Es en 1957, en una sentencia judicial en California, cuando se utiliza por primera vez el término “consentimiento informado”, junto al concepto de voluntariedad y el de obligación de aportar una información adecuada al paciente, a fin de facilitar su consentimiento sobre el tratamiento. A partir de entonces la falta de información se va considerando como una negligencia y aparece cada vez más jurisprudencia en favor del consentimiento informado. Además en los setenta los movimientos por los derechos de los enfermos contribuyen a la difusión de éste (Gracia, 2007).

El consentimiento del paciente en la toma de decisión sobre su tratamiento se corresponde intrínsecamente con los aspectos éticos y jurídicos de la competencia, ya que influir sobre su voluntad puede ser consecuencia de cualquier tipo de coerción o medida coercitiva, de ahí la importancia de evidenciar la conexión entre la competencia de paciente y su habilidad para poder tomar una decisión mediante la expresión de su consentimiento (Berghmans, 2001).

La competencia es un término complejo, sin una definición única y que abarca distintos significados según las circunstancias en las que se plantea. No es sinónimo de autonomía, que se refiere a las posibilidades de un sujeto de darse a sí mismo un sentido y unas normas que permiten su autogobierno (Simón Lorda, 2000).

Aunque como decíamos no exista una definición ni unívoca ni universal de competencia, la mayor parte de los autores coinciden a la hora de proponer una formulación común donde “la competencia consiste en una habilidad dirigida a la realización de una tarea”. Cualquier definición debe tener en cuenta que, la competencia es siempre para..., y que este carácter vincula su significado al análisis previo de la tarea que el sujeto competente tiene que realizar (Culver y Gert, 1982). Así la valoración de la tarea específica exigirá,

en primer lugar, su descripción (tipo de acción que requiere la realización de la tarea), en segundo lugar, el conocimiento adecuado de dicha acción por parte del sujeto competente y, por último, la valoración de la capacidad necesaria para ejecutarla (Valenti, 2009).

Igualmente Culver y Gert (1982) especifican aún más la definición, “una persona es competente para realizar una tarea cuando tiene el conocimiento acerca de la acción necesaria para su realización y posee las habilidades suficientes para dicha realización”. Conocimiento y habilidad son elementos esenciales y complementarios en cualquier definición de competencia.

La capacidad intelectual es necesaria para la adquisición de los conocimientos, que a su vez son indispensables para la puesta en marcha de las habilidades (White, 1994). Esta correlación dificulta la determinación de la competencia en su generalidad y, permite suponer que la incompetencia se caracteriza siempre de forma específica y, da lugar a un determinado tipo de incompetencia (Beauchamp y Childress, 2009). Por ello, podemos afirmar que así como la capacidad es siempre para algo, también lo es la incapacidad, por tanto, el “para” es la razón constitutiva de la especificidad de la competencia.

A partir de aquí encontramos indicadores fundamentales para determinar la competencia en la realidad clínica: habilidad física y mental simultánea; además de individualizar la tarea a cumplir hay que indicar la manera adecuada para su realización; verificar si se dan las condiciones físicas y psicológicas para la realización de la tarea; por último, una persona que haya tenido previamente las habilidades para poder realizar una acción específica debe ser considerada competente para volver a realizarla. Así, para una verdadera comprensión de la competencia es necesario la presencia de una jerarquía de habilidades que permitan la realización de la tarea para la cual dicha competencia se exige (Beauchamp y Childress, 2009).

En Salud Mental la tarea más frecuente es el consentimiento del tratamiento. En la gran mayoría de pacientes que se aplican medidas coercitivas deriva de su rechazo al tratamiento. En este contexto la capacidad específica consiste en la toma de decisión para recibir el tratamiento.

La competencia para consentir un tratamiento tiene una estructura particular y se identifica con la toma de una decisión que sea lo mejor posible para el paciente, es decir, que cumpla el requisito fundamental de promover su bienestar. La necesidad de garantizar esta cualidad en la toma de decisión se plantea desde dos perspectivas distintas: un modelo centrado en sus aspectos legales y otro, en caracteres de valor.

Desde la primera perspectiva, el aspecto que más bienestar proporciona al paciente es la determinación de las habilidades funcionales necesarias para su toma de decisión, expresadas principalmente en: 1) habilidad para expresar una elección; 2) habilidad para comprender informaciones relevantes en la toma de decisión del tratamiento; 3) habilidad para apreciar la significación de la información en relación al propio contexto, sobre todo con las opciones de tratamiento y sus consecuencias; 4) habilidad para elaborar la información relevante y procesar de forma lógica las opciones de tratamiento (Appelbaum y Grisso, 1998).

La toma de decisión implica la posesión de un conjunto de habilidades específicas, que dificulta determinar la existencia de una competencia general. Un paciente rara vez está privado, en el mismo momento, de todas sus habilidades funcionales para tomar una decisión; por el contrario, en general las posee todas, aunque en distinto grado.

En este sentido Appelbaum y Grisso (1998) afirman que la presencia de determinadas habilidades funcionales como indicadores de competencia no es

suficiente para garantizar la calidad de la toma de decisión del paciente, solo establece la competencia suficiente.

La garantía de la competencia cualitativa en la elección del paciente apunta más al modelo ético de definición de competencia, centrado en el respeto de la autonomía del paciente, también frente elecciones que resultar excéntricas (Berghmans, 2001).

Esta perspectiva tiene su punto de partida en la dificultad de establecer las habilidades concretas para poder determinar la competencia real. Por esta razón trata de individualizar la presencia de áreas de capacidad significativas. Estas áreas identifican la habilidad de realizar las tres tareas específicas: recibir información; reconocer su relevancia; poder recordar la información recibida. Recibir información implica poder adquirir derechos sobre el mundo y requiere de unas condiciones fisiológicas y psicológicas. Reconocer los aspectos más relevantes consiste en separar datos que son importantes y eliminar todos lo que no lo son.

Una segunda área se refiere a todas aquellas habilidades en relación a la capacidad cognitiva del paciente para comprender su situación concreta, procesar racionalmente los posibles cursos de la acción y comprender todas las opciones posibles. Esto permite al paciente relacionar aspectos pasados, presentes y futuros de su vida y proyectar su existencia en función de su propio sistema de valores (White, 1994).

Una tercera área concierne a la capacidad de elección de un curso de acción entre las posibles, de manera informada, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo, con la garantía de que la elección se cumple con la satisfacción emocional que permite al paciente reanudar su decisión según sus propios deseos y con la garantía de una adecuada solidez.

La cuarta área se refiere a la habilidad de poder expresar la elección del curso de acción y reformular las razones que determinan la preferencia (White, 1994).

Estas áreas de competencia permiten al paciente, cuando recibe informaciones y distingue las importantes, expresar su consentimiento con el tratamiento, acordar la información y ponerla en relación consigo mismo y con su propio sistema de valores, tomar la decisión y poder motivar su elección. Todas estas habilidades confluyen en una más general, como es la comprensión.

Este tema representa el umbral del problema sobre la determinación del concepto de competencia (Appelbaum y Grisso, 1998), desde el punto de vista legal y, tiene importantes implicaciones sobre la situación clínica del paciente a la hora de establecer su incompetencia a partir del diagnóstico (Sibelfeld y Checkland, 1999).

Esta idea de determinar la competencia como capacidad jurídica genera un gap inferencial entre la idea de una competencia entendida como conjunto de habilidades específicas y los requisitos jurídicos necesarios para poder garantizar la comprensión de las informaciones por parte del paciente (Sibelfeld y Checkland, 1999).

Un aspecto ligado a la comprensión es la apreciación, que consiste en percibir por parte del paciente la relevancia o gravedad de la enfermedad y evaluar las consecuencias relativas al tratamiento y a las circunstancias en las que se encuentra (Sibelfeld y Checkland, 1999). Muchos autores no diferencian entre ambos conceptos, ya que identifican la apreciación con creencias que pueden resultar falsas y que prescinden de la comprensión real del paciente a causa de sus creencias. Por ello, la evaluación cualitativa de una situación depende de posibles variables culturales acerca del concepto de enfermedad y terapia, que hacen de la apreciación un aspecto poco fiable a la hora de tomar decisiones.

En general ambas habilidades suelen ser consideradas de forma independiente (Winslade, 1997).

El razonamiento, requisito también fundamental para determinar la competencia, es imprescindible para manipular y procesar datos que el paciente recoge por su entendimiento y apreciación para permitir su uso lógico (Winslade, 1997). La realización de esta tarea requiere el uso de distintas habilidades cognitivas: búsqueda de información, pensar en términos de consecuencia, tener habilidad para la comparación, desarrollar un pensamiento complejo, analizar las consecuencias de una toma de decisión, poseer un pensamiento transitivo y pensar en términos de oportunidades (Grisso y cols. 1995).

Para poder garantizar ciertos estándares de calidad la competencia ha de ser específica, vinculada con un contexto específico que permita una toma de decisión ad hoc y preserve de la mejor manera la autonomía y la beneficencia. También debe entenderse la competencia de forma gradual evitando así los problemas generados en la definición de competencia como un estado circunscrito y delimitado por un umbral que permitiría su cuantificación objetiva (White, 1994). Esta tendencia tiene que ver con la necesidad de definir legalmente la competencia y se fundamenta sobre la convicción de que la incapacidad para tomar una decisión es consecuencia directa de la relación entre el diagnóstico de la enfermedad y las habilidades comprometidas por los síntomas. Esta convicción viene originada a partir de la observación de la competencia como capacidad global que abarca todas las facultades y está condicionada por los diferentes procesos implicados en la toma de decisión (Silberfeld y Checkland, 1999).

La vinculación de la competencia con la especificidad del contexto no permite determinar un umbral más allá del cual se puede determinar su presencia.

Habr  formas de competencia más apropiadas para realizar una tarea y menos para otra.

Un último aspecto vinculado con la competencia es su relación con el sistema de valores, aunque apenas se toma en consideración (White, 1994).

La evidencia de una falta de competencia y capacidad permite la posibilidad de una toma de decisión alternativa a la del propio paciente “no competente”.



#### **4.- ¿POR QUÉ METODOLOGÍA CUALITATIVA EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

La elección de metodología cualitativa en esta investigación no es casual, no enfrentamos a un tema sobre el que no existen antecedentes en la bibliografía española, ni en el resto de países estudiados y que de hecho, tampoco existe formalmente en sí misma, que afecta directamente a la autonomía y valores de nuestros pacientes. Si se usa y cómo se hace es también a título individual, sin procedimiento alguno que lo justifique ni soporte normativo o jurídico, interviniendo nuevamente aspectos éticos y humanos de quien hace uso. Y además, ni siquiera existen estudios evidentes sobre su eficacia.

La tarea de individualizar y afrontar conflictos de valores, plantea la necesidad de utilizar una metodología diferenciada que pueda desenvolverse en la complejidad de los matices intrínsecos a los problemas del ámbito sanitario y de la salud mental. Por esta razón la metodología cualitativa resulta más adecuada para representar una realidad cuyos aspectos no son fácilmente medibles. La realidad de los valores presenta características que no se pueden representar numéricamente, lo cual conlleva la necesidad de preferir herramientas de análisis que tengan en cuenta estas características (Brown y Lloyd, 2001). Además la investigación cualitativa resalta el valor del contexto en esta investigación, analizando casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de la actividad de la persona en su contexto (Flick, 2004) y, examina en profundidad el intrafenómeno de la realidad a estudiar (March Cerdá y cols., 1999)

La tradición científica suele anteponer la metodología cuantitativa frente a la cualitativa, derivada de la prevalencia del paradigma de la medicina basada en la evidencia. Sin embargo, la diversificación de herramientas consigue enriquecer cualquier evidencia empírica. La única diferencia entre ambas

metodologías es la representación numérica de la realidad que exige de herramientas estadísticas adecuados para la interpretación de los datos (Brown y Lloyd, 2001).

La investigación cuantitativa tiene por objeto el muestreo aleatorio de una población y permite generar inferencias estadísticas y explicar fenómenos de carácter general, dando lugar a conclusiones que resultan aplicables a toda la población de referencia. La investigación cualitativa opera en una realidad desde una perspectiva individual, que es la realidad donde se da el *fenómeno*, para poder estudiar los elementos que interactúan en éste y poderlos entender. La *generalización* a la que aspira no es estadística sino *teórica*. Los términos de generalización son siempre términos de conocimiento.

En 1913 Karl Jaspers publica su Psicopatología General, donde aplica el método fenomenológico a la psicopatología, estudiando la experiencia de los pacientes a través de la adecuada descripción de sus fenómenos psíquicos (Jaspers, 1996). Este interés por el fenómeno psíquico podríamos considerarlo un precursor de este tipo de investigación, reforzando la idea de un nexo entre esta metodología y la observación de los fenómenos perceptivos que se encuentran en la práctica psiquiátrica

Un siglo después, Flick (2004) describe cuáles son las características principales de la investigación cualitativa:

- Es una estrategia de investigación para realidades complejas en un entorno social de diversidad y pluralidad de medios, subculturas, estilos de vida y formas de vivir
- Persigue diseñar métodos tan abiertos que permitan la complejidad del objeto en estudio
- Los objetos de estudio no se reducen a variables individuales sino que se estudian en su complejidad y totalidad en su contexto cotidiano

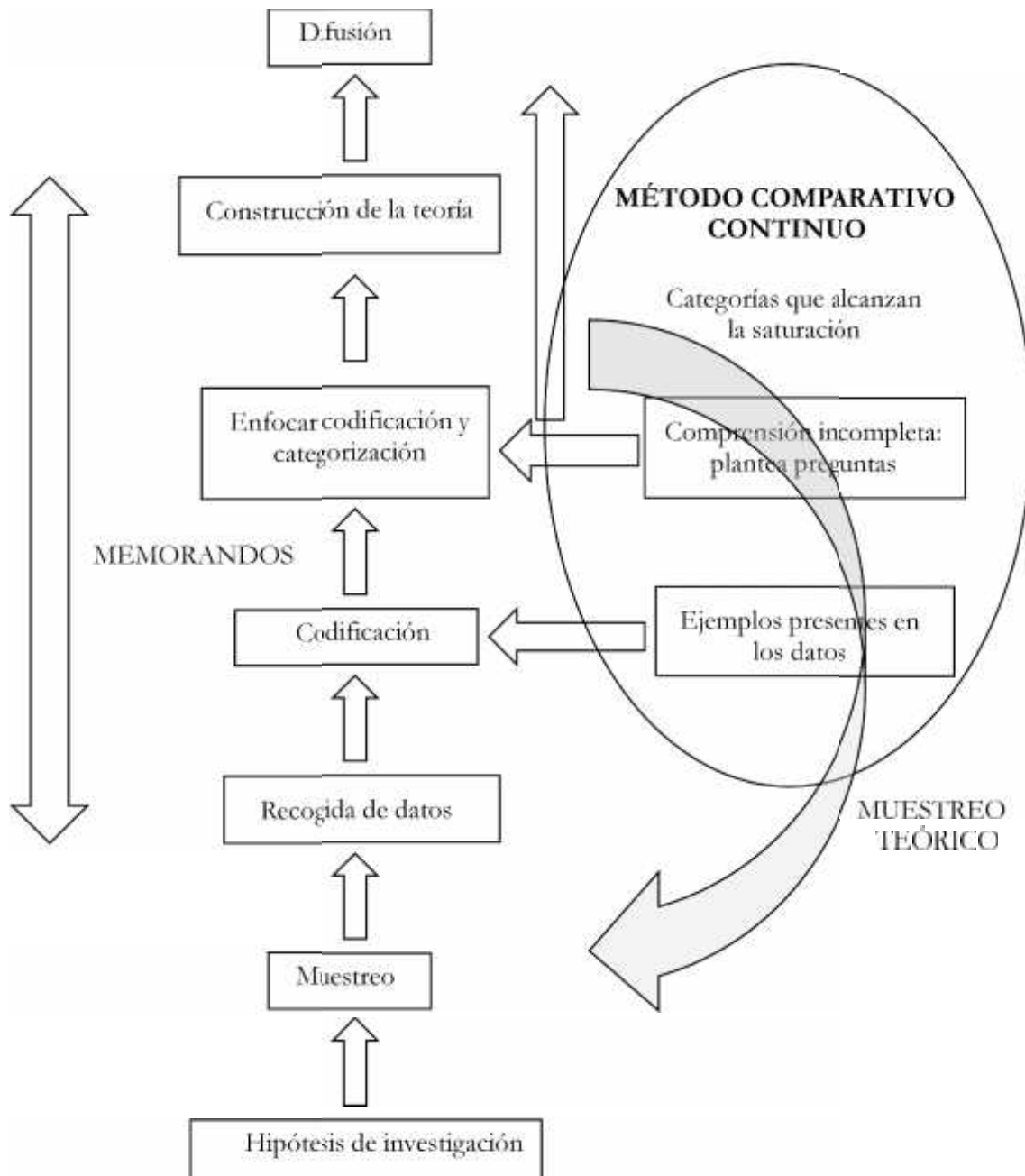
- Los campos de estudio no son situaciones artificiales en el laboratorio, sino las prácticas e interacciones de los sujetos en su quehacer cotidiano
- El objetivo de la investigación es menos investigar lo que ya se conoce bien, que descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente
- La validez del estudio se evalúa con respecto al objeto analizado
- Son criterios centrales en la investigación cualitativa que:
  - Los hallazgos se fundamenten en material empírico
  - Los métodos se hayan seleccionado y aplicado apropiadamente al objeto de estudio
- No se opone a la investigación cuantitativa, pero supone una manera diferente de comprender la investigación, que incluye una manera específica de manejar la relación entre el problema y el método

La investigación cualitativa está en continuo proceso de actualización y cada vez son más las ciencias interesadas en ella, producto de este interés en nuestro campo, están las recientes revisiones publicadas sobre el método cualitativo en salud mental (Maida y cols. 2009; Peters, 2010; Palinkas, 2014) y la aparición de libros monográficos sobre el tema (Willing y Station-Rogers, 2007; Harper y Thompson, 2012). En una revisión de Wisdom y cols. (2012) los artículos que utilizan metodología cualitativa o mixta publicados en el periodo 2003-07 en las 4 revistas de mayor impacto en Servicios de Salud suponían ya el 9 % del total.

En una investigación como la nuestra, el interés radica en el punto de vista de los sujetos y, dentro de esta posición, el método de investigación más desarrollado es la “teoría fundamentada” (grounded theory) descrita por Glasser y Strauss (1965).

El siguiente gráfico permite visualizar la teoría fundamentada según el

desarrollo de la misma de Tweed y Charmaz (2012):




De forma muy resumida, la teoría fundamentada tiene como herramientas metodológicas más representativas: el método de comparaciones continuas, que desarrolla la habilidad para generar nuevos conceptos, y el muestreo teórico.

Representa un estilo de investigación cualitativa donde la construcción de la teoría se obtiene de datos empíricos que la sustentan, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo. El procedimiento de análisis tiene el propósito de generar concepto y desarrollar teoría a partir del material procedente del estudio de casos.

Las categorías son generadas a partir de los datos. Se debe comenzar por la recogida de datos de forma no preconcebida, con el objetivo de ver lo que sucede y, posteriormente generar la teoría. Ha de hacerse rigurosamente, analizando la entrevista línea por línea. El investigador debe moverse continuamente a través de los datos para ver el “incidente” una y otra vez y, comparar y conceptualizar constantemente.

Los incidentes o acontecimientos se codifican en tantas categorías como sea posible, a veces se usan memorandos con ideas, aclaraciones o nociones teóricas que facilitan la labor del investigador. Según avanza la codificación, la comparación entre incidentes va mostrando las propiedades de cada categoría, de manera que se va desarrollando la teoría cuando categorías diferentes y sus propiedades tienden a integrarse a través de la comparación constante. Para evitar que sea un bucle infinito se delimitan las categorías cuando se produce la saturación teórica (reducción, selección y focalización hacia la búsqueda de las categorías centrales).

Una vez que la investigación está a nivel conceptual, el tratamiento de las categorías y sus propiedades se convierte en método, la descripción desaparece y tiene lugar la abstracción del tiempo, espacio y personas, construyendo teorías.



## **JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

## **1.- JUSTIFICACIÓN**

Como hemos visto a lo largo de la introducción, la transcendencia de la investigación en la coerción escapa el ámbito sanitario y participan aspectos éticos, filosóficos y legales.

De hecho, la coerción y el uso de medidas coercitivas constituyen uno de los problemas éticos más candentes para la psiquiatría clínica (Kallert y cols., 2008) y siguen siendo una tarea todavía pendiente. El estigma del paciente representa un problema de *justicia* social urgente para las sociedades democráticas. La escasa adherencia al tratamiento, en constante relación con la aplicación de estas medidas, constituye un problema ético según una doble perspectiva: *deontológica*, relacionada con la amenaza que dichos tratamientos constituyen para los derechos humanos, y *utilitarista*, respecto a los beneficios de la coerción en salud mental. La coerción es un obstáculo para el respeto de la *autonomía* del paciente y su derecho a rechazar el tratamiento, y está en contradicción con la aplicación del consentimiento informado promocionada por la Organización Mundial de la Salud desde de los años '70.

Muestra de la importancia de la investigación en medidas coercitivas es el interés que ha surgido, con el nuevo siglo, en el uso de medidas coercitivas en salud mental, sobre todo en Europa, por razones principalmente políticas y ligadas al proceso de unificación de los Estados de la Unión Europea que exige la definición de un conjunto de normas jurídicas para armonizar la legislación sobre salud mental de todos los Estados Miembros.

Derivado de éste interés surgió el proyecto EUNOMIA, cuya finalidad era comprender la realidad de las diferentes situaciones que caracterizan la salud mental en Europa y establecer unas pautas que regularan el empleo de medidas coercitivas en la Unión Europea (Kjellin, 2005; Torres y cols, 2005). En 2004 el Consejo de Europa emitió la REC (2004)<sup>10</sup> donde se regula el

empleo de medidas coercitivas y se definen normas específicas para su aplicación.

El esfuerzo de la Unión Europea cumplido en la última década ha puesto a punto una estrategia de reforma de la salud mental que tendrá un largo recorrido, todavía, respecto al problema de la coerción y a la metodología de investigación empleada para comprender sus efectos sobre los pacientes queda mucha incertidumbre.

Pero es evidente que en esta década se ha pasado de un uso prevalente de la coacción formal legal a la coacción informal; como consecuencia la diferencia entre tratamiento involuntario y voluntario es vaga y sutil. Por esta razón la literatura más reciente se ha interesado por el fenómeno de la coacción informal o encubierta.

A pesar del creciente interés, los estudios centrados en profesionales son aún escasos, como también lo son, estudios de cualquier tipo realizados fuera de los países occidentales con alto nivel de ingresos económicos.

La justificación para realizar este estudio de investigación viene derivada de dos perspectivas, una ética y otra clínica.

Conocer el uso, si existe, de la coerción informal en nuestro país y los de cultura afín, nos permiten ahondar en el conocimiento del respeto a los derechos y libertades de los pacientes. Cómo interfiere en ellos el uso de medidas coercitivas y cuál es la justificación ética para él mismo. Acercarnos a la problemática relación entre el concepto de beneficio terapéutico que se utiliza para justificar los tratamientos coercitivos y la restricción de la libertad del paciente. El conocimiento empírico constituye una herramienta indispensable para consolidar las estrategias metodológicas que puede emplear todo profesional de la salud para reducir la incidencia de conflictos éticos



(Shelton, 2008).

Desde la perspectiva clínica, nos ayuda a comprender cuáles son sus formas, usos y eficacia. No existen resultados homogéneos que avalen de forma definitiva el beneficio terapéutico de las medidas coercitivas. Conseguir una protocolización, o al menos estandarización de su práctica, podría suponer un beneficio para los pacientes, limitando al máximo el menoscabo de sus derechos.

Además la investigación clínica y el análisis de los conflictos éticos representan herramientas importantes para esclarecer el debate alrededor del cual se enfoca toda la legislación en salud mental de los países occidentales y las prácticas clínicas de sus servicios sanitarios. La necesidad de innovar la metodología de investigación utilizada hasta hoy para comprender el impacto de la coerción sobre el paciente y la eficacia de los tratamientos coercitivos se hace más patente a la hora de facilitar la evolución de la gestión de los conflictos éticos y la creación de herramientas legales que permitan mejorar calidad de la asistencia en salud mental.

## **2.-HIPÓTESIS**

El uso de la coerción encubierta o informal es un fenómeno universal, si bien su forma y percepción está condicionada por aspectos culturales, tradición psiquiátrica y organización asistencial.

Nuestro proyecto intenta explorar si hay relación entre dicha tradición y el uso de la coacción informal en pacientes ambulatorios. Los sistemas de valores y la tradición psiquiátrica de un país orientan de alguna manera el funcionamiento de los servicios de salud mental y representan el escenario en el cual la coacción informal se desarrolla. Para poder argumentar el uso de la coacción informal los datos clínicos constituyen solo un aspecto del proceso de toma de decisiones de los profesionales. Esta influencia debería reflejarse con más claridad en aquellos países cuyos sistemas de valores y tradición cultural son más parecidos y, la práctica profesional debería, en consecuencia, mostrar las mismas características y los mismos patrones.

Por dicha razón se ha efectuado un estudio en 4 países que comparten la misma tradición cultural y el mismo sistema de valores católicos; que no tienen, por la misma razón, una legislación específica sobre salud mental que regule la coacción en todas sus formas, y donde las familias juegan un papel importante en el cuidado ambulatorio de los pacientes.

Desde estas premisas nuestra investigación se ha orientado a buscar similitudes y diferencias entre países y, comparar las percepciones de los profesionales con respecto a los modelos usados en la cultura anglo-sajona que fundamentan y justifican el uso de estas estrategias terapéuticas en el contexto ambulatorio.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1.- OBJETIVO GENERAL**

El proyecto quiere explorar y comparar qué tipo y nivel de coacción informal o encubierta es aceptable entre los profesionales de salud mental de distintos países (España, Italia, Méjico y Chile), todos de cultura latina y tradición católica, aunque cada uno con su propia idiosincrasia, saber psiquiátrico dispar y modelos asistenciales desiguales.

## 2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A nivel específico se pretende determinar:

- 1.- Qué entienden los profesionales por coerción informal o encubierta.
- 2.- Quién debe tomar las decisiones sobre el ejercicio de la coacción.
- 3.- Cómo perciben los profesionales el uso de la coerción.
- 4.- Cuáles son las diferencias existentes en los tres puntos anteriores entre los distintos países estudiados



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## **1.-DISEÑO**

Se ha llevado a cabo una investigación cualitativa mediante la técnica de grupos focales, de 45-60 minutos de duración, en los que se analizan en profundidad las opiniones de distintos tipos de profesionales de la Salud Mental, en 4 países diferentes (España, Italia, Méjico y Chile), sobre la coacción informal o encubierta en el tratamiento ambulatorio de enfermos mentales graves.

La investigación forma parte de un proyecto internacional liderado por S. Priebe en la Queen's Mary University (Londres-Reino Unido) e incluye 10 países: Chile, Alemania, Italia, México, España, Suecia, Noruega, Reino Unido, Croacia y Canadá.

Los grupos focales analizados corresponden a los realizados en los países de España, Italia, Méjico y Chile, cercanos tanto en su cultura de origen latino como en su tradición católica, y que permiten al investigador aprovechar esta cercanía y un análisis directo, al tener un idioma común. Las transcripciones de los grupos en italiano fueron analizadas inicialmente en este idioma, si bien para esta presentación se tradujeron al castellano.

En España el proyecto ha sido valorado y aprobado por el comité de ética de la Fundación Alcorcón (Madrid). En Chile por el Director General del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Italia y Méjico no requerían aprobaciones por comités éticos locales, una vez se sancionó el proyecto global. La investigación cumple con el respeto de todas las normas y leyes que regulan la investigación con seres humanos en cada país participante.

## **2.-DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

### **2.1.- CRITERIOS DE FORMACIÓN DE LOS GRUPOS**

Dependiendo de la organización del sistema sanitario de cada país los potenciales participantes en los grupos focales se reclutaron en servicios hospitalarios o comunitarios. Se prefirió un muestreo intencional y no aleatorio (Strauss y Corbin, 2002; Flick, 2004), en lugar de un muestreo teórico estricto. En cada país, el responsable de la investigación contactó con los responsables de distintos centros asistenciales y donde aceptaron participar se hizo una invitación en bloque a todos los miembros del servicio para participar en el grupo. Los criterios de formación de los grupos fueron los siguientes:

- Cada grupo de discusión debía estar constituido por hombres y mujeres, y representar la variedad de percepciones que pueden darse con respecto al tema de investigación.
- Cada grupo de discusión tiene que componerse en un 50% por profesionales con una edad inferior a 45 años y en un 50% por profesionales con una edad igual o superior a 45 años, con un máximo de 65 años. La razón del criterio es representar en el grupo de discusión la diversidad de experiencia clínica de los profesionales de la salud.
- Cada grupo debía ser mixto y estar compuesto por un número de participantes entre 4 y 8.

Se estimó que 4 grupos focales por país, con un número de participantes entre 4 y 8, sería suficiente para conseguir la saturación intragrupo e intergrupos, basándonos en bibliografía previa (Onwuegbuzie y cols. 2009).

## 2.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL GRUPO FOCAL

Los criterios de inclusión de los participantes en el grupo focal fueron:

- Tener cualificación profesional como psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social o terapeuta.
- Tener experiencia de al menos un año en el tratamiento de enfermos mentales en régimen ambulatorio, después de haber conseguido el título profesional.
- Trabajar en el momento de la realización del grupo con pacientes ambulatorios con trastornos mentales graves que pudieran haber estado sometidos a algún tipo de coerción informal.
- Edad entre 18 y 65 años de edad.



### 2.3.- MUESTRA

En cada país se realizaron 4 grupos focales con un muestreo no aleatorio, según los criterios descritos anteriormente. Un grupo focal, procedente de Chile, fue excluido debido a la mala calidad de la transcripción. En total participaron 93 profesionales, distribuidos por países y profesiones según aparece en la tabla adjunta.

<b>ESPAÑA</b> ( <b>n<sub>SP</sub></b> =30)	Psiquiatra: 10 Psicólogo: 4 Enfermera: 10 T. social: 4 Otros: 1	<b>CHILE</b> ( <b>n<sub>CH</sub></b> =16)	Psiquiatra: 8 Psicólogo: 5 Enfermera: 4 T. social: 3 Otros: 1
<b>MÉJICO</b> ( <b>n<sub>MX</sub></b> =24)	Psiquiatra: 3 Psicólogo: 15 Enfermera: 2 Otros: 4	<b>ITALIA</b> ( <b>n<sub>IT</sub></b> =23)	Psiquiatra: 10 Enfermera: 12 T. social: 1

### **3.-INSTRUMENTOS**

Como ya hemos mencionado, el instrumento utilizado en esta investigación de características cualitativa, es el grupo focal.

Los grupos se realizaron entre Enero de 2013 y Abril de 2014. El objetivo de los grupos era conocer actitudes y experiencias sobre diferentes métodos de coerción informal en el tratamiento en Salud Mental.

Los 16 grupos focales fueron conducidos por un moderador experto en metodología cualitativa, codirector de este trabajo, Prof. Valenti, bilingüe para castellano e italiano y, un observador. El observador fue instruido por el moderador. Se realizó un guión para los grupos focales que se adaptó a las circunstancias de los distintos países (Anexo I).

Los participantes en los grupos focales dieron su consentimiento previo a su asistencia al grupo.

Tras un tiempo para presentaciones, se introducía brevemente el proyecto y aquellos aspectos que el grupo focal quería destacar. Seguidamente se proponía un caso clínico (y según las necesidades un segundo) en torno a un paciente que padecía un trastorno mental grave. Los casos eran adaptaciones de ejemplos sobre coerción informal propuestos por Molodynski, Rugkåsa y Burns (2010) (ambos en el Anexo II).

Después de haber presentado el caso, se ilustraban las distintas opciones de coerción informal descritas por Smuzkler y Appelbaum (2008): persuasión, influencia interpersonal, inducción, amenaza y coerción. Cada una de estas opciones se representaba y explicaba a través del caso clínico y se proponían variaciones para identificar qué tipo de coerción informal era más aceptable y adecuada para el paciente, según los participantes.

Los grupos se formaron con profesionales de salud mental con diferentes grados de especialización y experiencia en cada grupo. El moderador, siguiendo una guía de temas era el encargado de explorar las distintas actitudes y experiencias mediante el uso de preguntas sonda estandarizadas, utilizando el cuestionamiento socrático, solicitando aclaraciones e invitando a dar más detalles. El moderador dirigía la sesión y debía aclarar todas las perspectivas y opiniones, tanto de acuerdo como de desacuerdo entre los profesionales del grupo.

Los grupos focales tenían una duración entre 60 y 120 minutos. Fueron grabados en una grabadora digital y transcritos por los investigadores en los dos idiomas maternos: castellano e italiano. No hubo necesidad de traducir las transcripciones del material original, aunque en la última fase fue necesario traducir al castellano aquellas partes de las transcripciones italianas necesarias para el análisis final y la escritura de este texto.

#### **4.- RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

La recogida y el análisis de los datos se realizaron de forma simultánea. Las transcripciones se importaron al paquete informático cualitativo QSR NVivo, para facilitar el análisis y establecer distintas categorías. Los datos fueron analizados sistemáticamente por investigadores de cada centro implicado en el proyecto en la sede de la Unit for Social and Community Psychiatry de la Queen Mary University en Londres.

Inicialmente, dos investigadores del grupo de investigación de la Queen's Mary University (uno de ellos el profesor Valenti) realizaron de forma independiente la codificación, línea por línea, de varias transcripciones para generar las categorías iniciales. En base a esto, se desarrolló un marco de codificación preliminar. Con el fin de evaluar su fiabilidad, ocho investigadores ajenos al estudio utilizaron dicho marco preliminar para codificar otras ocho transcripciones distintas, entre ellos el doctorando. Los resultados se compararon con las codificaciones preliminares obteniéndose tasas de acuerdo que oscilaron entre el 80 y el 98,5%. Así se generaron una serie de categorías, recogidas en el Anexo III como esquema de categorías temáticas.

El análisis temático se llevó a cabo usando un proceso iterativo, descrito Braun y Clarke (2006). Se compararon las distintas categorías y se vincularon a distintos temas, seleccionados mediante discusión regular con el equipo de investigación. Tras identificar los contenidos o temas candidatos, el equipo de investigación releó cada transcripción para asegurar que éstos estaban firmemente razonados en los datos, para perfeccionar los temas candidatos y, para localizar las citas ilustrativas. Se informó sobre la revisión de temas y el contenido general en varias discusiones dentro del equipo interdisciplinario de investigación de la Unit for Social and Community Psychiatry de la Queen

Mary University.

El análisis de las categorías permitió identificar los puntos en común y divergencias entre los profesionales en cada grupo y en todos los grupos a la vez, e identificar las posibles diferencias entre los diferentes perfiles profesionales de los participantes en los grupos. Se encontraron tres temas principales de discusión: el concepto de coerción, la toma de decisión en torno a la misma y la percepción de los participantes al respecto.

En esta investigación en particular se intenta explorar todos aquellos aspectos que permiten identificar diferencias relacionadas con las características locales y culturales de cada país asociadas a los distintos resultados en los cuatro países estudiados. Así se intentó establecer una relación entre la coerción y los valores que constituyen la tradición psiquiátrica de cada país (en particular se destacaran aquellos aspectos que resultan independientes de la tipología del paciente y de la responsabilidad de los clínicos como representante de la sociedad en su conjunto).

El análisis de los textos se ha realizado respetando en todo momento el anonimato de los participantes, encriptando el país (SP, MX; IT, CH), el número de grupo focal (1-4), y asignando un número de orden a cada participante (01-30). A modo de ejemplo, FGSP103 se refiere al participante 3 (03), del primer (1) grupo focal de España (FGSP).



## RESULTADOS

## 1.- DEFINICIÓN DE COERCIÓN ENCUBIERTA O INFORMAL

En el gráfico 1 se representan las categorías temáticas encontradas sobre el concepto de coerción.

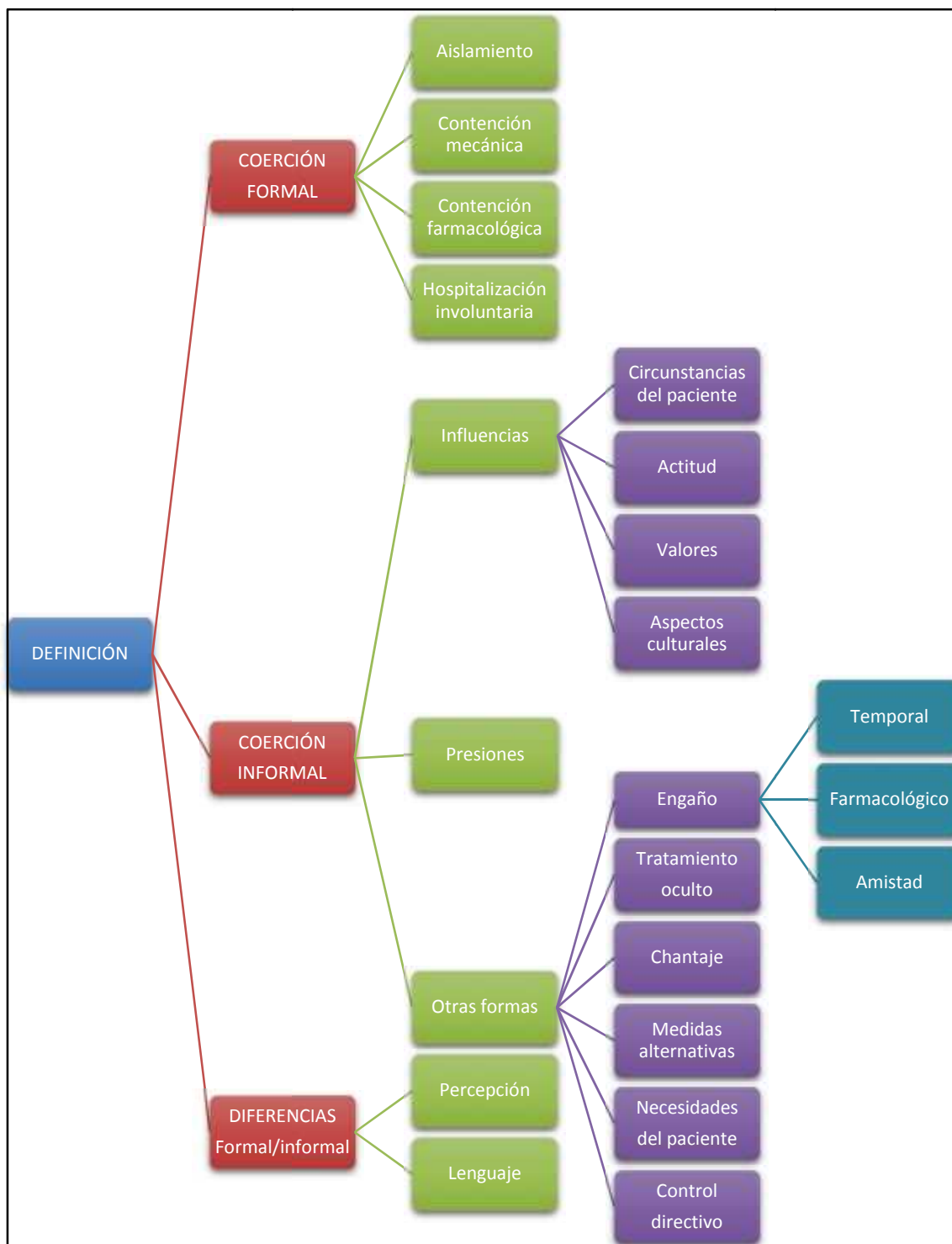


Gráfico 1. Categorías temáticas sobre la definición de coerción

Pasamos ahora describir los resultados más significativos al respecto:

### 1.1.- INFLUENCIAR Y PRESIONAR

El ejercicio de la coerción lleva implícito es su concepto el hecho de intentar *influir* o *presionar* de distintas formas al paciente para conseguir nuestros objetivos. Todos participantes en los grupos focales describen a qué se refiere y cómo actuar a la hora de ejercer cualquier tipo de influencia sobre el paciente:

*“...para mí la coerción es inducir a una persona a hacer algo contra su voluntad. Si lo hago, de hecho, actúo sobre sus motivaciones, sus valores, lo que es importante para esa persona y sugiero algo que va en esa dirección, .... Es decir, se trabaja en algo que es importante para el paciente, apalancamos en ello...”* (FGIT425)

*“...Por ejemplo, con los pacientes ingresados en el hospital cuando no quieren hacer algo hago un montón de influencia acerca de los valores, sobre lo que es importante para usted, el por qué usted debe hacer una cosa determinada”* (FGIT430)

*“Y, entonces...¿qué hacemos? Dejarle que no se la tome (la medicación)...porque habrá que hacer algo.....para que cambie de actitud”* (FGSP103)

*“...la persuasión es lo primero, yo utilizaba mucho la influencia interpersonal, era muy importante, a mí me ha servido de mucho, la negociación entre la enfermera, terapéutica, o la relación que establecemos dentro de la unidad de agudos, que siempre solía ser pues de poco tiempo y de mucha sensación para ellos de amenaza, en contra de su voluntad, o sea aquí nada era gratuito, muy poquitos eran porque sí...”* (FGSP212)

*“Sí y sobre esto de la coacción informal, éste., frecuentemente la emprendo puesto que trabajo con personal, con pacientes, con ancianos, pues... para convencer se utiliza este tipo de, bueno, de coacción informal”* (FGMX421)



*“...es forzar o inducir a alguien a hacer algo que no quiere por intermedio de eso afectivo que se explota” (FGMX208)*

*“...tratar de influenciar al paciente para que entienda la necesidad de recibir su tratamiento...” (FGCb404)*

*“...por muchas razones, tal vez socio económica, del mismo sistema de salud, que en el sistema de salud pasa mucho lo de la inducción también, ósea si usted va si no va hacerse el control no le damos...” (FGCb301)*

## 1.2.- OTRAS FORMAS DE COERCIÓN INFORMAL

La terminología usada en la descripción de los casos que ejemplifican la coerción encubierta es de origen anglosajón por lo que en nuestros grupos focales, todos ellos latinos, han aparecido otros términos (engaño, chantaje y actitud directiva) que los participantes han identificado con esta forma de actuar.

En la imagen 1 podemos ver alguna de la afirmaciones de los participantes en los grupos focales sobre el engaño con el visor del programa informático utilizado para el análisis de datos (N-Vivo)

El *engaño*:

*“... yo no puedo pensar en otra palabra: engaño transitorio. En el sentido de que, a menudo, inducimos al paciente a acudir al departamento o la clínica..., porque se convierte en un entorno en el que podemos obtener con mayor facilidad o tal vez decidir ... y un paciente específico, "mira lo que me dijiste que estábamos haciendo una cosa y luego lo hemos enjaulado durante tres meses."... "usted me dijo una mentira. Así que no sé dónde colocarla, sin embargo, la falsa verdad, que es útil de alguna manera para la estrategia, pero no hay, no sé dónde ponerlo en los que usted enumeró” (FGIT103)*

*“Me gustaría darle a él en secreto la tableta, ya que tiene que saber lo que se necesita, absolutamente. Si no ... pero había un paciente que su madre puso en la sopa...” (FGIT431)*

*“...pone en la comida del paciente o aprovecha para dárselo en un vaso de agua y...pues le mete las gotas que él no se quiere tomar. Eso no es coacción porque el paciente piensa que no se está tomando nada, es un engaño...” (FGSP314)*

*“... Yo hablaré de dos cosas. Hablaré de ignorancia y engaño, como dos formas de coacción informal que se ven, complementarias. Claro estas dos cosas que deberían estar empleadas aquí ...” (FGMX315)*

*“...quizás faltaría agregar ahí cuando uno lo que hace en el fondo es mentirle al paciente, mentirle para beneficiarlo” (FGCh405)*



Imagen 1. N-Vivo. El engaño

Una segunda forma de coerción informal sería el *chantaje*, del que también aportamos en la imagen 2 los resultados tal y como los representa el programa N-vivo.

*“Sí, el chantaje significa "oo", "o hacer que o te quitas el almuerzo, te llevamos ..." Sí privilegios o beneficios. Lo vivo como un chantaje...” (FGIT101)*

*“... Me gustaría más llamarlo chantaje. En el sentido en que se dice "mira, sí, sí... vamos a hacer el curso, pero si usted no toma la medicación al final no tendremos los mismos resultados e incluso mucho menos.” (FGIT324)*

*“... le des el golpe bajo de andar ahí con la hija como si fueras, como si le hicieras un chantaje, ...” (FGSP206)*

*“...Un chantaje emocional fuerte ese ¿eh? Eso...” (FGSP315)*

*“...el chantajista sería como más histérico, sería el que explotando lo afectivo o el encanto afectivo grande quiere influir en su confianza...” (FGMX208)*

*“A la hora del chantaje emocional, donde se obliga como al paciente a someterse a tratamiento para su propio evolutivo... si tiene una relación muy estrecha con la madre, porque está muy ligado, se puede hacer para presionar al paciente mediante el instinto de la madre...” (FGMX421)*

*“...me hizo como un chantaje y, al principio los irrita, pero depende de la patología obviamente, ya después, a largo plazo ya son consciente de que eso fue necesario” (FGCh302)*

*“...y tu aceptas los remedios es como comprárselo o ¿no?, hay una manipulación con eso...” (FGCh405)*



Imagen 2. N-Vivo. El chantaje emocional

La última forma alternativa de coerción donde encontramos que se satura la categoría es la *actitud directiva*:

*“... para dar una indicación y para orientar en la elección, ser más asertivo sólo para obtener un resultado” (FGIT103)*

*“... entonces pensé en otra cosa, porque hemos dicho que la amenaza se usa como un último recurso, pero yo estaba pensando que una gran cantidad de veces utilizamos un sinónimo de la amenaza, que es más elegante, hay menos miedo y está "siendo directiva". Con esto manejamos al paciente...” (FG IT319)*

*“... le tienes que explicar, mira tienes una enfermedad grave y si no te tomas esto vas a recaer, para eso puedes aprovecharte de tu influencia interpersonal, porque te va a hacer más caso si te conoce más o si tienes un cierto ascendiente con ella y sería, lo que sería una psicoterapia tipo directivo, que tú usas un ascendente, una figura de autoridad en un momento dado para una persona que está perdida, que no sabe muy bien porque tiene que tomar una medicación y que le aturde” (FGSP206)*

*“...dar por hecho las circunstancias, es decir esto es lo que va a pasar y el paciente no cuenta ¿no?. Cosa que a veces hacemos, es decir, te vas a pinchar y al paciente no se le pregunta, se le coge de la mano y se le pincha, no se amenaza con hacer nada como consecuencia, ni se le induce intentando convencerle ni nada, simplemente vente conmigo y te pincho y ahí se acaba la intervención” (FGSP428)*

*“...el señor llegó y se dejó inyectar, santa Paz. Pero estamos, hay que tener táctica para poder...” (FGMX102)*

*“...la inducción ya la colocaríamos entre la intervención reeducativa y la directiva, ¿por qué? porque yo estoy colocando al paciente en una condición de obediencia, y esa condición de obediencia le despoja de esta capacidad de elección” (FGMX314)*

*“...sobretudo los pacientes que son psicóticos tienen como una resistencia al sistema farmacológico y si no se toman sus fármacos se desestabilizan por lo tanto hay que, no sé,*

*generar una confianza y explicarle con palabras sencillas lo importante que son los fármacos para ellos para que funcionen...” (FGCb103)*

*“...se empieza a detectar la descompensación, entonces el próximo control “ven con tu familia, ven con tu mama”, ya y si la relación es muy cercana, “voy a tener que avisarle a tu mama o tu hermano” (FGCb402)*

### 1.3.- DIFERENCIAS ENTRE LA COERCIÓN FORMAL E INFORMAL

Los participantes encuentran diferencias en lo referente a ambos tipos de coerción, no sólo desde el punto de vista legal sino en la repercusión tanto en el paciente como en quien la práctica:

*“... En la coacción informal más que en la formal hay más fortalezas que debilidades... Bueno, digamos que el paciente puede sentirse respetado, escuchado, comprendido, que se puede confiar en el terapeuta, enfermera, trabajador social específicamente. Las palabras críticas de coerción informal es que no siempre los elementos clínicos que dan tiempo a prolongadas negociaciones. Es un método poco prescindible cuando la situación...”*  
(FGIT104)

*“...emocionalmente yo lo vivo muy intensamente. Pero si tengo que pensar sobre si es ético entonces me miro desde otro punto de vista, y creo que si puedo reducir el sufrimiento de otra persona, entonces es ético para mí”* (FGIT208)

*“...el encuadrar eso dentro del término coacción parece que ya introduce un prejuicio o una conceptualización, que no coincide con lo que estamos hablando, de las estrategias...”*  
(FGSP105)

*“... a mí me gustan las cuatro palabras, me gusta la palabra coacción informal y la formal, sin ningún problema, porque además el tipo de paciente que están ingresando ahora en las unidades de rehabilitación te lo permite, usar la coacción tanto la formal como la informal”*  
(FGSP207)

*“Porque son diferentes formas de tratar de influir en la conducta pro salud del enfermo, pero siempre todavía dejando la decisión en sus manos, respetando su criterio, lo cual ya no sucede en el tratamiento forzoso”* (FGMX208)

*“...existe una infraestructura por parte del estado para atender casos extremos que están desajustados al punto que no se pueden integrar a una actividad ordinaria, común, típica...”* (FGMX314)

*“...juntar siete ocho hombres que vienen lo toman y lo colocan en aislamiento por la fuerza, una vez al año, muy tarde, pero se llega a esto... comentario mío comparando entre países efectivamente yo me parece que acá hay un código de sutileza directo o indirecta pero la ley está” (FGCh106)*

*“...como lo va haciendo, , al final fracasa porque lo tuvo que hospitalizar, o sea no funcionó el asunto, no anduvieron los otros puntos, porque cuando por fuerza se hospitaliza fracasa el sistema, ¡¡¡ no más, no es cierto¡¡¡ ... no porque el sistema sea malo si no porque el paciente es muy grave, entonces quizás estructurar tanto, esto también como lo dije hace un rato, hay que amoldarlo a los tipos de paciente probablemente en un paciente neurótico claro pero no en un paciente con una esquizofrenia crónica” (FGCh 405)*



## 2.- LA TOMA DE DECISIONES EN LA COERCIÓN INFORMAL

Para comenzar este nuevo aparatado, presentamos en el gráfico 2 las categorías que se relacionaron con la toma de decisiones:

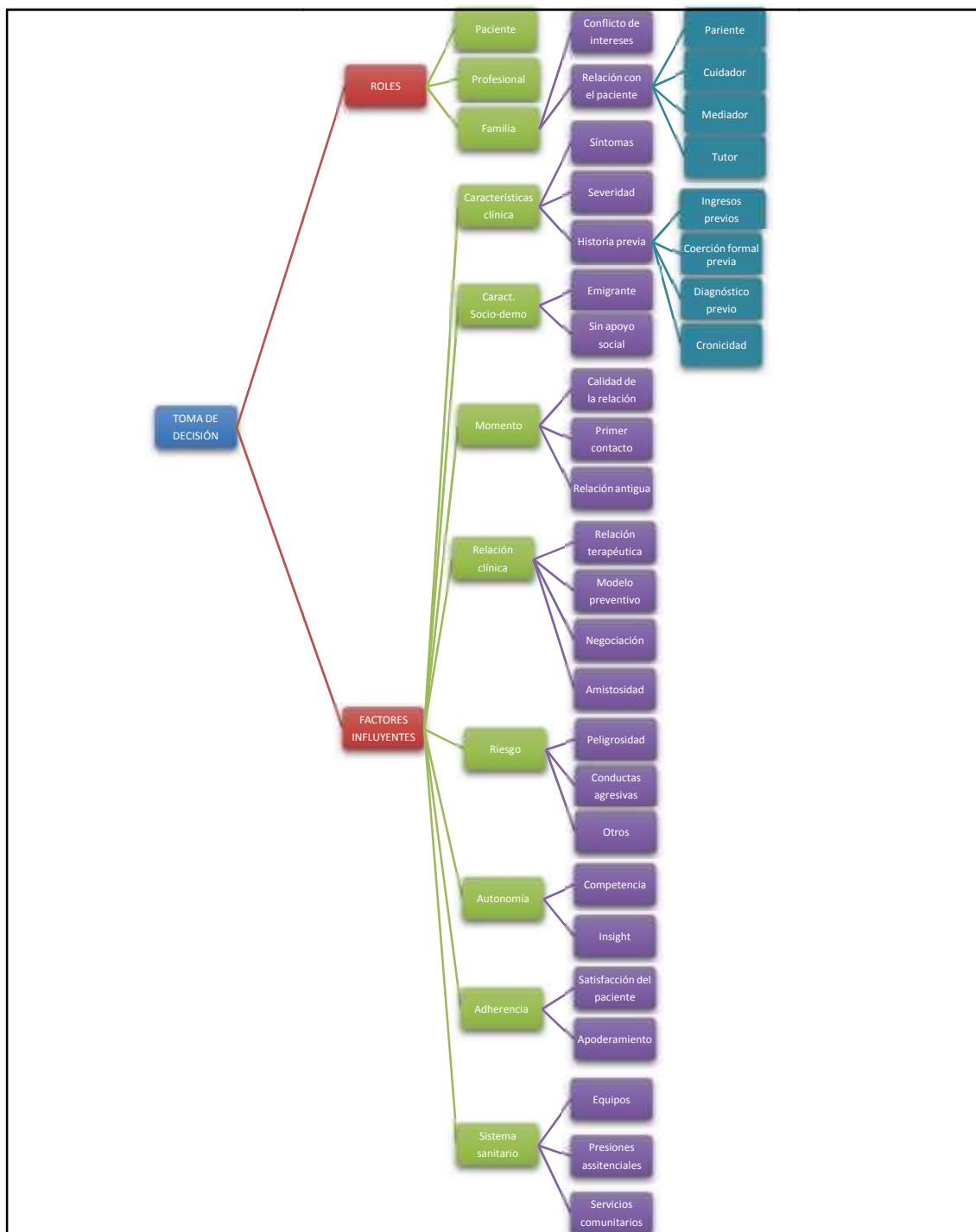


Gráfico 2. Categorías temáticas sobre la toma de decisiones en la coerción informal

A continuación describimos los resultados más representativos:

## 2.1.- ROLES EN LA TOMA DE DECISIÓN

Cuando analizamos los roles a la hora de la toma de decisión sobre el uso y el tipo de coacción se pone de manifiesto en todos los países que depende del *profesional*, sus características, habilidades, personalidad e incluso elementos no conscientes, lo que marca la intervención y su intensidad.

*“...¿puedo hacer una reflexión? Me parece, que siempre se centra alrededor del paciente, en el sentido y conocimiento, y la gravedad de la enfermedad ... Creo que en su lugar entran en juego también la parte del médico. Quiero decir: lo bueno que es el médico o la enfermera o psicólogo quienes usan estos métodos, como la persuasión con el paciente, o para movilizar más, la inducción y la amenaza que son más fuertes. Así que no es sólo el paciente, sino que también es ... no tanto la habilidad, pero tal vez también como personalidad, como es ... entonces ... el médico, es siempre un encuentro que me hace pensar en dos ...” (FGIT429).*

*“...me acordé ahora, hablamos de que a menudo nos piden consejo cuando pacientes con otros trastornos, no psiquiátricos, pero que no quieren ser hospitalizado o no quieren tomar medicamentos, en gastroenterología o medicina interna ... Como si se tratara de un valor añadido de la psiquiatría, es decir, el poder de persuadir a alguien ...” (FGIT103)*

*“Cuando tú utilizas una información sesgada para conseguir lo que quieres, sino no es una coacción, es decir, yo tengo una información y sé que de esa información con este paciente puedo utilizar determinadas cosas, otras no, porque me van a ser contraproducentes, si es que mis habilidades son las que me permiten manejar al paciente, ... (FGSP424)*

*“...te conviertes en un ser completamente omnipotente con capacidad para tomar decisión sobre la vida de otra persona, como si tú tuvieras la posibilidad, vamos que ni que fuéramos dioses” (FGSP101)*

*“Quien lo recomienda directamente es el profesional; el profesional tiene el modelo, ..., pero en primer lugar quien está capacitado para aplicar este tipo de circunstancias es el profesional” (FGMX421)*

*“...tiene que ser manejado con mucho cuidado, el terapeuta que da las comunicaciones sobre estos tratamientos tendría que estar consciente de todas aquellas cuestiones que pudieran influir en el tratamiento con sus pacientes y que él no se excediera en el manejo, digamos, del tratamiento forzoso o de amenaza cuando el paciente no lo requiera, pero que tal vez él sí lo considere así para descargar su propia hostilidad inconsciente ¿no?...eso es lo que puedo decir” (FGMX213)*

*“...y yo creo además que también cuando uno está con un paciente hay responsabilidades directamente individuales y tiene que ir calibrando qué tipo de intervenciones o qué tipo digamos... o en qué momento de la escalada,... compete más o no a uno mismo hacerse cargo de qué tipo de intervención va a analizar,... digamos en la medida que yo me pueda hacer cargo de sostener esa intervención probable; que si yo me doy cuenta que hace falta una intervención que yo no me encuentre capacitada para hacer, derivaré o pediré ayuda o consultaré con otra persona” (FGCh108)*

*“...acá en Chile claro por parte del médico la medicina es paternalista y también en cierta manera por parte del paciente hay cierto bueno..., ahí el instinto obviamente depende de muchos factores, educaciones, etc, etc... pero en ciertas estratos sociales de la sociedad chilena el paciente también exige un poco que el médico sea un poco paternalista...” (FGCh301).*

También es cierto, que preferiblemente esa decisión es valorada y tomada dentro del *equipo multidisciplinar*, lo que permite no sólo compartirla y consensuarla sino que dentro del propio equipo los roles puedan ser diferentes siempre con el fin de buscar la mejor opción para el paciente:

*“...también me gustaría añadir, sobre todo en casos muy difíciles, donde la decisión de un trabajador social puede ser difícil, es el apoyo del equipo, es decir, ser capaz de trabajar en*

*grupos, para compartir, para hacer frente a las opiniones para llegar a elección de cuál de estas estrategias de manera efectiva ... Eso, también, es un factor que a su vez cambia ... Tal vez nos encontramos en un momento en cuatro de cinco, otra semana otro cambio de cifras, se pueden tomar decisiones de diferentes maneras dependiendo del momento. Dado que trabajamos de una manera con reuniones diarias, un poco como en todas partes, donde hay varios profesionales, que también tiene una influencia” (FGIT317)*

*“Porque también es cierto que el intercambio entre tal vez dos diferentes profesionales que pueden tener dos puntos de vista diferentes de la situación puede ser útil y puede evitar las situaciones más trágicas” (FGIT428)*

*“Una cosa que, por ejemplo, para el psicólogo puede entenderse que es contraproducente sin embargo se puede manejar positivamente, que es el tema de la no utilización de fármacos y también el hecho de no poder dar altas; a veces eso bien manejado puede reforzar, cuando se trabaja en equipo, cómo el psiquiatra va a poder actuar sobre él. Como una posición específica que podemos utilizar,...persuasión, amenaza, cómo quieras pero lo podemos utilizar para que otro profesional que atiende igualmente al paciente pueda recogerlo” (FGSP424)*

*“...el trabajo en equipo es fundamental, o sea,..., yo como enfermero hablo desde la perspectiva del equipo multidisciplinar: el personal de enfermería usa todo, desde la persuasión, a la influencia, a la inducción, a la amenaza, a la coacción, y previo a la coacción formal...a la contención mecánica también, pero siempre desde el punto de vista multidisciplinar, o sea, todo lo que hacemos con el paciente desde el personal de enfermería que es dar cuidados, evidentemente que es nuestra función fundamental, se ha hablado antes en unas reuniones que nosotros llamamos tutorías, con cada psiquiatra, con cada psicólogo, con cada paciente de cada psiquiatra, de cada psicólogo, entonces a partir de esas reuniones decidimos un plan de actuación para cada paciente a nivel individual” (FGSP207)*

*“Es que entonces, con lo que se ha mencionado, hay la necesidad de que el psiquiatra tenga que recurrir a estos medios coercitivos es por una deficiencia también en la formación, ¿no?,*

*entonces en la formación de los personajes que tengan que ver con aspectos de salud, odontólogos, médicos, enfermeras, sí quizás tendría que haber lugar a asignaturas o algún tipo de curso, taller, no sé, donde algunos psiquiatras den formación que es importante o que es muy relevante la interacción que se tenga con el paciente para la salud del mismo, o sea a veces tiene más importancia cómo se da esta interacción que el medicamento por sí mismo” (FGMX209)*

*“...con el apoyo en los equipos multidisciplinarios es una manera, entiendo yo, un poco de compartir la responsabilidad pero también de proteger el vínculo clínico y el vínculo con el paciente y que no quede solo a cargo de uno el tomar la autoridad y quedar como el amenazante con el paciente”(FCh108)*

Pero igual de constante es la participación de la *familia* (en la imagen 3, vemos algunos resultados representados en el visor del programa N-Vivo) y, especialmente sus relaciones con el paciente, tanto en la toma de decisión como en la ejecución de la misma.

*“Y a veces esta solicitud también está la familia. En el sentido de que tal vez tenemos que hacerlo con el paciente, pero en muchos casos actuamos con la presión de los miembros de la familia o vecinos. ... "no se puede dejarlos en esa condición" o "tener que hacer algo." Así que incluso si el paciente no está de acuerdo, en cierto sentido, estamos presionados a actuar a pesar de que tal vez...” (FGIT319)*

*“...la familia, a veces los vecinos, médico general, en fin, cualquier persona que entra en contacto con el paciente o la paciente. Así que el control depende de nosotros, pero no ... eso es aún más ambivalente ...”(FGIT211)*

*“...la familia es importantísima porque a veces es la primera que lo dice y la que viene y te llama, le trae, entonces también es verdad que la familia me sirve como recurso cuando veo que en esa negociación no me va a salir bien y es verdad que muchas veces me apoyo en ellos, cuando tiene un buen apoyo familiar” (FGSP104)*

*“...el tipo de familia puede influenciar en el tipo de elección que podemos hacer de cómo coaccionar le paciente o del tipo de presión, depende si la familia es colaboradora o no es colaboradora, es muy importante” (FGSP210)*

*“Nos asociamos con la familia, explicamos generalmente, pues a un familiar, esta necesidad del paciente porque se encuentre medicado y el mismo familiar puede decir, cuando se toma el medicamento está bien cuando no se lo toma está mal, y entonces asociarnos con él y decirle, bueno, pues tenemos que buscar la manera en que lo vigila...”(FGMX106)*

*“...es mucho del psiquiatra y el psiquiatra se apoya de la familia, si es que hay una familia que es la responsable, y sobre ellos toman la decisión y se están haciendo valoraciones periódicas” (FGMX212)*

*“Ellos son como el canal a través del cual uno obliga de cierta manera a los pacientes” (FGCb103)*

*“...Se empieza a detectar la descompensación, entonces en el próximo control... ven con tu familia, ven con tu mama, ya, y si la relación es muy cercana voy a tener que avisarle a tu mama o tu hermano no se qué” (FGCb402)*

Aunque también se reconoce, en todos los grupos, que no siempre la participación familiar es positiva pudiendo surgir *conflictos de intereses* entre pacientes y familiares

*“...usted habla con la gente y dicen "hay que tener cuidado porque algunas personas son peligrosas", si les pasa a ellos o un familiar es un peligro, sin embargo, se debe entender el sufrimiento de esta persona. Entonces se convierte en el controlador, se convierte en el gran problema y el paciente no debe estar allí...”(FGIT211)*

*“..., si la familia interviene dentro del proceso terapéutico sí, y con unos objetivos, porque si no es peligrosísimo, dejas al paciente cronificado ¿no?, con una dependencia grande, si está dentro de un proceso terapéutico donde la familia, junto con el paciente y el terapeuta se ha*

*llegado a un compromiso sí; a espaldas, no yo soy partidaria, por ejemplo, nunca. Vamos pueden haber situaciones excepcionales pero, ...”(FGSP313)*

*“A veces incluso la familia puede llegar a entorpecer los tratamientos” (FGMX213)*

*“...uno puede trabajar con la familia, es preferible, ahora evidentemente que la familia es la familia más cercana. Hay algunas relaciones que son muy patológicas para el paciente mismo, también hay que evaluar si hay conflictos familiares o alteración o patología de la relación con algunos de los miembros o de todos los miembros, también uno tiene que trabajar con la familia en eso y, en el peor de los casos sacar a la persona de la familia y ponerlo en otro lado (FGCh405)*



Imagen 3. N-Vivo. La familia

## 2.2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIÓN

Los factores que los participantes consideran de mayor importancia a la hora de tomar decisiones que impliquen la coerción son también bastante unánimes: las relacionadas con la enfermedad (diagnóstico psiquiátrico previo y la clínica), la evolución de la enfermedad (cronicidad y severidad), la peligrosidad del paciente, su autonomía, la relación terapéutica con el mismo, la adherencia al tratamiento y las relacionadas con aspectos organizativos de la asistencia.

En cuanto al *diagnóstico* no existe la presencia de una enfermedad o grupo de enfermedades únicos que justifiquen la decisión de utilizar la coerción con objetivos terapéuticos pero sí la presencia de un diagnóstico psiquiátrico previo de gravedad, incluyendo una amplia variedad de trastornos: de personalidad, dependencias, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria..., que a su vez marca la intensidad de las medidas coercitivas.

*“...si tengo en frente un paciente con trastorno de la personalidad, en un momento que él quiere imponerse, creo que a veces incluso le amenazaría de forma terapéutica, porque he visto que ante mi firmeza...” (FGIT209)*

*“Cuando uno lee la historia y dice, “cada vez que se suspenden las terapias ha caído y ha sido violento...” (FGIT317)*

*“... estamos hablando de trastorno mental grave, tal, que también, bueno esto no es que otros no sean graves, que también. Yo creo donde se dan mucho todas estas cosas es en los alcohólicos, gente consumidora...” (FGSP105)*

*“...en los trastornos de la conducta alimentaria mucho: el ganar puntos, tu negocias, como se suele decir, entonces si ganas o si comes tanto pues tienes derecho a visitas, a llamadas, o vas a manejar también mucho el tú me das pero yo te doy...”(FGSP430)*



*“...Sí, si es trastorno oposicionista desafiante nunca vas a poder negociar con él, depende del paciente, de la sintomatología...” (FGMX104)*

*“...de acuerdo a las características del mismo paciente, qué tipo de enfoque, hacia donde le voy a ayudar...” (FGMX210)*

*“...entonces con la lógica del esquizofrénico uno no puede discutir mucho ni menos con razón con lo razonable para el normal...” (FCh403)*

*“...como vemos pacientes de todo tipo hay algunos con quienes uno pudiese hacer ciertas concesiones a cambio de; otros que no, resulta riesgoso y, llega un punto en que no se puede transar por el bien comunitario al fin y al cabo entonces cuando los tratantes toman estas medidas...” (FCh304)*

Directamente relacionado con el diagnóstico del paciente, aparece como factor determinante para el uso de medidas coercitivas la presencia de *síntomas* clínicos, que de igual modo, marcan la dirección a seguir:

*“Personalmente creo que se basa principalmente en el diagnóstico, pero sobre todo conocer cómo se descompensa el paciente más que el diagnóstico en sí, entonces eres más cuidadoso al poner en práctica estas estrategias para convencer al paciente. En todos ellos se utiliza la palabra, tal vez la amenaza es el último nivel de intensidad, pero creo que se usa” (FGIT319)*

*“...la intervención va in crescendo en función de que va in crescendo la sintomatología de la paciente” (FGSP428).*

*“yo tengo chicas en grupo con características disociales y con características, este, de trastorno de personalidad, entonces entro al grupo y así como que se ponen en una postura de no, no, no, no,...entonces a lo mejor ahí la empatía no te funciona y llega un momento que, yo lo hice, hace como quince días, saben que...voy a cerrar el grupo” (FGMX104)*

*“...si es una paciente que está descompensada a punto de la irritabilidad, a punto que puede agredir a alguien gravemente o auto agredirse gravemente, porque comience con una cosa media delirante...” (FGCh305)*

También asociado a la enfermedad se tiene en cuenta, a la hora de ejercer la coerción y qué tipo, aspectos relacionados con la evolución, en concreto la *cronicidad* del cuadro:

*“...si estamos hablando de un paciente con un trastorno crónico es mejor hacer lo que creemos que es más correcto, pero incluso si el inconveniente no es tan grande, creo que puede tener un peso diferente” (FGIT103)*

*“...con este tipo de paciente yo creo que lo que está ganado es que este paciente es conocido en la unidad y también su psiquiatra porque ha tenido varios ingresos. No como si fuera nuevo, de primer ingreso,...” (FGSP425)*

*“Sí, si es trastorno opositorista desafiante nunca vas a poder negociar con él, depende del paciente, de la sintomatología...” (FGMX104)*

*“...ha tenido una evolución tórpida con varias hospitalizaciones y me da la impresión que en el modelo de acción del médico está muy enfocado hacia el paciente y... apoyar la adherencia al tratamiento...” (FGCh304).*

Pero también la severidad del mismo:

*“...es fácil pensar en los casos muy graves, porque es fácil de ilustrar. Está claro que es difícil trazar la línea cuanto más se va a los matices...” (FGIT426)*

*“La coacción yo pienso que es para trastornos mentales graves, el resto...yo creo que la coacción que establecemos ya es mucho más suave...si quiere que lo haga y si no que no lo haga...” (FGSP316)*

*“...depende de las fortalezas o los recursos propios que tenga el propio paciente para poder mejorarse...” (FGMX213)*

*“...si esta así paranoide en realidad me da la impresión que no se va a lograr persuadirlo ni convencerlo...porque todo lo va a ver amenazante al fin y al cabo” (FGCh304)*

Es, sin duda, la *peligrosidad* del paciente otro elemento clave a la hora de la intervención, ya sea en forma de agresividad hacia los demás o riesgo para su vida, siendo innumerables los ejemplos al respecto, aportamos alguno de ellos:

*“...por supuesto, el riesgo, el conocimiento del paciente, el conocimiento de que hay sustrato psicopatológico, entonces si tengo la sensación de que hay falta de control, tengo que decidir y de forma intervencionista y gradualmente más amenazante...” (FGIT208)*

*“...me parece que además del factor tiempo es también una cosa que personalmente he pulsado: el pensamiento de los riesgos que corre este paciente si no hablo de forma un poco "más directivo"...” (FGIT427)*

*“..tú le tienes que explicar al paciente que si no cumple con ese tratamiento se pone en riesgo a él, pone en riesgo a la familia y va a sufrir un deterioro también a la larga que tú tienes que curar y decides por él ... (FGSP209)*

*“...tú no eres consciente de esto y yo tengo una responsabilidad sobre ti porque tú corres riesgo, tu familia corre riesgo...” (FGSP103)*

*“...cuando hay un paciente solo y consideramos que es un riesgo para sí mismos o los demás entonces no, no ..no nos lo pensamos” (FGMX104)*

*“...Yo creo que salvar la vida, el cuidado de sí mismo o riesgo para sí mismo o para los otros...” (FGMX 208).*

*“...si hay riesgo vital o si hay riesgo de daño físico para ella hay que hacerlo” (FGCh305)*

*“...en un episodio maniaco entró con una moto al Paseo Abumada y atropelló y mató, ...y había pasado lo mismo, no había querido tomarse los medicamentos...” (FGCh101)*

También en relación con el paciente, pero ya no con su enfermedad, está la *autonomía o competencia*, asociada a su vez, aunque no sólo con la conciencia de

enfermedad, que es un punto clave a la hora de decidir una intervención coercitiva:

*“...lo que cambia es su capacidad para reconocer que necesitan, la capacidad crítica, su capacidad para cambios contractuales...” (FGIT107)*

*“...nos encontramos con un menor número de armas debido a que el paciente que nos ocupa no parece entender. Y luego también tenemos que ser más prescriptivo, más directivo...” (FGIT209)*

*“...en el momento que tu limitas la capacidad del paciente para poder decidir y le estás influyendo de alguna manera, bien sea a través de tu opinión o manejando la información...” (FGSP408)*

*“...bueno cuando mejora un poco su conciencia es ...yo quiero estar buena no me ingreséis yo me tomo la medicación” (FGSP105)*

*“...haría como un acondicionamiento propio, que ella vaya tomando conciencia de su estado emocional o de su estado psíquico” (FGMX102)*

*“...estaríamos con todo el grupo que implica esquizofrénicos, paranoicos, depresivos y bueno pues, podríamos agregar ahí adictos... depende mucho de la conciencia del paciente...” (FGMX314)*

*“...y todavía está con algún nivel de conciencia mantenido, como para poder recurrir a esos recuerdos y a esos afectos,...y como que lo piensan y sienten que la decisión es propia...” (FGCh107)*

*“...los pacientes tienen alteración de consciencia que ni siquiera tienen conciencia entre comillas de lo que está pasando hasta después...” (FGCh305)*

Hasta ahora hemos reseñado aspectos que de una u otra manera tienen que ver con el paciente, su enfermedad y las consecuencias de la misma como factores que determinan las intervenciones coercitivas y su intensidad pero

también destacamos otros factores relacionados con la intervención sobre el paciente, éste es el caso del tipo de *relación terapéutica* que hemos establecido con el mismo:

*“... otros criterios que vienen a la mente de cómo elegir una de estas estrategias... la relación que tiene con el paciente” (FGIT 324)*

*“...mi experiencia ha sido que cuando yo no tengo una buena relación con un paciente psicótico, al final tuve que hacer una amenaza. En el sentido de que tal vez la buena relación con el paciente me permitió conseguir una cita para hablar de algunas cosas, entonces en algún momento pude cambiar el registro” (FGIT209)*

*“Yo creo que la elección del tipo de coacción que se utiliza depende mucho del tipo de relación que tengas también con el paciente cuando está estabilizado, es decir, si tú sí que has tenido un buen enganche con ese paciente probablemente utilizarás mucho más la persuasión o la influencia interpersonal que si es un paciente que no te has podido enganchar con él y que tiene situaciones críticas que es a lo mejor justo cuando a ti se te demanda como profesional, que evidentemente, vas a tener que empezar por una inducción más, de mayor intensidad...” (FGSP314)*

*“... desde mi práctica, uno que es la alianza o la complicidad que tienes con el paciente, sobre la cual la persuasión y la amenaza van a tener una repercusión mayor o menor” (FGSP424)*

*“...sí tiene que ver más que nada con la cuestión tanto del paciente como del terapeuta, en general, cómo empato con las personalidades o las características, más que el enfoque terapéutico ...”(FGMX211)*

*“...yo quiero enganchar al paciente y entonces el paciente se engancha conmigo y empiezo a tener confianza y entonces es cuando yo ya puedo...”(FGMX103)*

*“...la verdad es que es súper importante digamos fortalecer los vínculos con el paciente, sobre todo los paciente que son psicóticos tienen como una resistencia al sistema farmacológico y si*

*no se toman sus fármacos se desestabilizan por lo tanto hay que no se generar una confianza...” (FGCh109)*

*“...se basan también mucho en la relación medico paciente previa...” (FGCH402)*

En esta misma línea se sitúa la necesidad de conseguir un objetivo terapéutico con este tipo de intervención, en concreto la *adherencia terapéutica*, su refuerzo y la participación activa en el tratamiento:

*“Sí, creo que todas estas estrategias tienen sus puntos fuertes ...”(FGIT102)*

*“..está descompensada, estás casi obligado a poner en práctica estas estrategias, un poco más sutil si se quiere, es el estándar de oro para obligar a los pacientes a participar en el proyecto, de acuerdo conmigo...”(FGIT216)*

*“Las medidas de contingencia que nosotros hacemos, de refuerzos deben ir en dirección de algo que ellos consigan que sea suyo,...”(FGSP209)*

*“...Para evitarle las consecuencias de su propia situación clínica, ... influye mucho a la hora que tú utilices un tipo de intervención u otra”(FGSP428)*

*“...me parece que el impacto que pueda tener alguno de estos tratamientos, como decías antes, en el bienestar y en la adherencia del paciente al tratamiento y eso...en su respuesta depende de varios factores...” (FGMX213)*

*“...si llegas a ver que el paciente no cumple con las obligaciones y que como vas es importante la medicamentación recurre a la amenaza,...”(FGMX104)*

*“...una adicción de mucho, mucho tiempo y ahí en ese caso como equipo los vemos en esa situación de alguna forma inducir, a propósito del concepto de que tú nos hablaste, de inducir al paciente a que se haga un tratamiento como por la buena, para ayudarlo, que esto va a tener consecuencias positivas y que de alguna manera si él vuelve a consumir...” (FGCh107)*

*“...entre las compensaciones entonces aprovechar ahí para fortalecer un poco la adherencia un poco al tratamiento...” (FGCh304)*

Por último, tenemos que referirnos a aspectos organizativos de la asistencia como elementos que generan actitudes coercitivas sobre los pacientes:

*“Esta discusión ha sido posible hacerla aquí porque trabajamos de esta manera. En otros lugares, cuando están mal, van a la sala de emergencias. No se va a casa a ver a los pacientes... es diferente discurso” (FGIT101)*

*“...ha visto a una persona enferma y usted no hizo nada”, o “..usted no la ha ingresado sin los elementos descritos aquí (se deslizan las 4 estrategias) o incluso sin tener que recurrir a un TAI “. Estoy un poco “sentirse demasiado presionado”” (FGIT317)*

*“...desde el punto de vista de continuidad de cuidados que estamos los trabajadores sociales y enfermería, trabajamos mano a mano con el clínico, con el médico pues vamos a hacer un seguimiento más exhaustivo de la situación y vamos a claro, junto con el clínico, vamos a diseñar un plan de intervención que puede ser de...hacer énfasis en la toma de medicación,...” (FGSP208)*

*“En nuestro equipo de salud mental participan trabajadores sociales pero el cometido de los trabajadores sociales, es que esto es muy distinto por ejemplo a Londres yo estuve por allí y no tiene nada que ver, el trabajador social está trabajando en equipo con el equipo de salud mental, el cometido que tiene es la gestión de recursos de salud mental y un programa que nosotros llamamos de continuidad de cuidados, que es gente que tiene más dificultades por la patología, pues hacer un acompañamiento en los cuidados, a nivel, a todos los niveles...” (FGSP105)*

*“Existen unos criterios en base a la funcionalidad del paciente pero aquí no se tiene que pedir autorización en las autoridades civiles para internar la paciente” (FGMX212)*

*“...fuerza a la familia a hacerse responsable de ajustar el miembro así. Aparte el hecho de que en las instituciones, no se cuentan con los lugares suficientes a lo mejor, con las*

*instalaciones adecuadas, con los programas adecuados. También es un problema la idea que se tiene de aplicarlo...” (FGMX421)*

*“...tomando el caso de los pacientes que tienen sistema privado y que por algún motivo llegan al sistema público, muchos de ellos no lo hacen por gusto, y la predisposición termina siendo con una consecuencia negativa,..., en el fondo ellos quieren mantenerse con el tratamiento y que a ellos les parece bueno el sistema privado y que lo esperan encontrar en el sistema público y se sienten decepcionados”(FGCh104)*

*“...más o menos institucionalmente como que existen también los reglamentos internos y, por ejemplo, acá uno no podría decir no te atiende y hasta luego, ósea generalmente lo que se hace es derivar a otro tratante en la práctica...” (FGCh304)*



### 3.- PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Nuevamente, como en cada apartado de resultados, representamos, en el gráfico 3, las categorías encontradas con relación a la percepción de la coerción informal por parte de los profesionales.

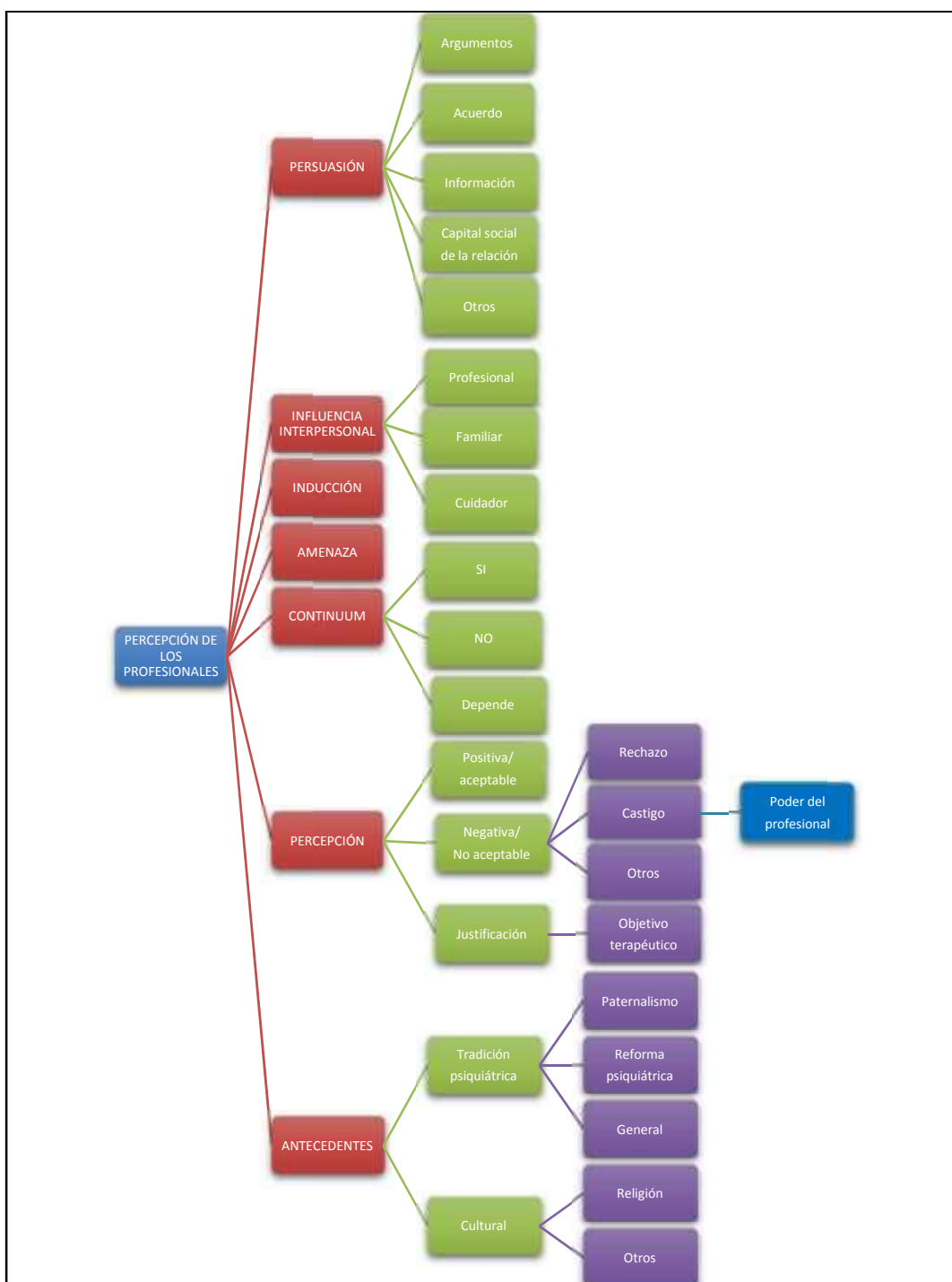


Gráfico 3. Categorías temáticas sobre la percepción de los profesionales con relación a la coerción informal o encubierta

Para a continuación dar paso a la redacción de los principales resultados:

### 3.1.-PERSUASIÓN

El uso de la persuasión está perfectamente argumentada en todos los grupos focales, convirtiéndose posiblemente en el elemento de coerción cuyo uso queda más documentado:

*“...si yo soy un persuasor tardo tres segundos en manipular. En este sentido también se convierte en un acto de violencia psicológica hacia el paciente,... porque informar es dar a conocer, que es lo mismo, pero hay que elegir un camino que sea neutral para el paciente. El persuadir lo lleva a donde es mejor. Una forma de lograr esto puede ser un segundo, como él decía, en función de una experiencia extremadamente variable y también sutilmente violenta, le puedo poner en una posición que se sienta que está contra la pared, sólo verbalmente. Sin llegar a decir "mira lo que me quiero esto", o sin ir a otros niveles. Sólo con un modo de comunicación persuasivo muy, muy fuerte... Trabajamos en este nivel, es decir, la creencia de que no se parece a la violencia en realidad, porque es todo en un nivel de comunicación y no alcanza aún el nivel de "ya no soy su amigo, ya no soy su médico ", pero creo que lo acorralamos, por su propio bien” (FGIT103)*

*“...en el sentido de que lo que hacemos, lo que puede considerarse la persuasión... a veces la persuasión se puede entender con el objetivo final de llevar al paciente a recibir tratamiento, incluso si él no lo quiere en ese sentido, sí, pero no simplemente dar información con respecto a lo que sucede si la persona no toma el tratamiento,... entender las razones por las que hay un rechazo y ver, tratando de captar los aspectos sobre los que se basa. Tal vez la persona que dice "no porque me hizo engordar...", entender cuál es la razón de la negativa, ver si usted puede encontrar, a continuación, las estrategias para hacer frente a eso y asegurar que puede satisfacer las necesidades de la persona y al mismo tiempo asumir el tratamiento...” (FGIT317)*

*“...Cuando tú utilizas una información sesgada para conseguir lo que quieres, sino no es una coacción, es decir, yo tengo una información y sé que de esa información con este paciente puedo utilizar determinadas cosas, otras no porque me van a ser contraproducentes, si es que mis habilidades son las que me permiten manejar al paciente” (FGSP424)*

*“...entonces haces cierto enganche con el paciente y dices sabes que... sí quiero conocer tu trabajo, o sea, utilizas como algo alterno para engañar y enganchar al paciente...y entraría la manipulación pero muy subliminal...” (FGMX104)*

*“...la persuasión. Porque es un grado que nunca va a entrar una agresión para el paciente, porque ya cuando es una amenaza el paciente se siente agredido, no es una opción, para algo es el enfermo...” (FGMX421)*

*“... primero por la razón, o sea, persuadir al paciente que le conviene tratarse u hospitalizarse. Y si la razón no funciona se pasa a las medidas de fuerza verbales y muy raramente físicas...” (FGCh106)*

*“... no sintió que era por una amenaza o por una inducción, sintió que en realidad era una decisión propia y que consideró los argumentos que yo le estaba dando, por la confianza, o sea es como decir la doctora en realidad no me está mintiendo o no me está indicando algo que me puede hacer daño,... como persuasión” (FGCh305)*

Además es entendida como una coerción asociada a la negociación y la información:

*“... no me siento coercitiva, de hecho, cuando lo hago, en la primera parte del intercambio no hay más que tratar de entender por qué, cuáles son los pros y los contras, tratando de ayudar a la persona a sopesar los pros y los contras. Hay, es cierto que no solo ser convincente, sino también motivar...” (FGIT317)*

*“...la persuasión se utiliza casi a diario. Entre los cuatro es el que me hace sentir más a gusto porque me da la impresión de que es casi una compulsión sobre el paciente. "Te doy la*

*información, se puede decir riesgos" y parece dejar un margen de libertad. Depende por supuesto de la gravedad de la paciente..." (FGIT208)*

*"...estrategia, digamos de influencia, de convencimiento, de motivación al cambio y de concienciación, que estaríamos si quieres, en la persuasión..." (FGSP105)*

*"...soy partidaria de que siempre por las buenas casi mejor, ganarte al paciente de una manera, pues, trabajándotelo mucho, hablando con él, negociando, intentando que vea que es por su bien, más que con la amenaza" (FGSP425)*

*"....tú tienes esta responsabilidad sobre tu enfermedad y yo como clínico yo tengo también la responsabilidad de a ti informarte en lo que tú no sabes y en los riesgos que tienes a favor y en contra para que además tú puedas decidir con libertad lo que haces: Esto lleva muchas conversaciones, mucho estar ahí y mucho trajín..." (FGSP105)*

*"...sí es una herramienta que empleamos en todos los niveles incluso con los niños, en donde a lo mejor no es tan fácil la negociación, uno se vale a lo mejor de herramientas y lo mismo, si tú me traes cinco palomitas... Sigue siendo manipulación pero uno tiene que ver de acuerdo al entorno de la familia, de acuerdo a las capacidades económicas, a las capacidades...este...religiosas, en todas esas situaciones uno ve qué manera..." (FGMX106)*

*"Yo creo que ahí sería importante la persuasión, el informar al paciente de la importancia de los medicamentos, los costos, el hecho de que si ingresa aquí obviamente es porque precisamente está en una situación vulnerable económicamente..." (FGMX101)*

*"... yo creo que la clase está en cómo se dicen las cosas, como se comunican, si se dice sabes que si no sigues tratamiento no van a ver a tus hijos, eso has decidido... te fijas entonces si uno entra como a dialogar, como a persuadir, sabes que has notado no sé... no tienes la misma concentración... la atención te cuesta... esto, esto, otro, ya como que has dejado de funcionar es como que... no sé... es darle, digamos, no sé, la capacidad de que ella decida y*

*comience su tratamiento más que decirle sabes que si no lo empiezas no vas a ver a tus hijos, ...” (FGCb102)*

*“...yo pienso que los dos primeros puntos se basan también mucho en la relación medico paciente previa, al momento de la persuasión si uno ha hecho psicoeducación y ha intentado que el paciente entienda dentro de lo que se pueda, digamos me parece valido intentar persuadirlo...” (FGCb402)*

### 3.2.-INFLUENCIA INTERPERSONAL

Sin lugar a dudas, tras la persuasión la forma de coerción informal más entendida y descrita en el uso clínico habitual de nuestros participantes en los grupos focales, identificándose como el uso de la relación terapéutica o el vínculo o la confianza depositada en el terapeuta para conseguir objetivos.

*“... significa influencia no tan personal "nos conocemos desde hace mucho tiempo, confía en mí, hicimos muchas cosas juntos, así que confía en mí, soy su médico." El paciente puede a veces desarrollar una relación con el terapeuta de total confianza y luego jugamos, sobre la base de nuestra convicción para cambiar su mente, de mi opinión y es la coacción” (FGIT216)*

*“Sí, la influencia personal también depende de la persona... a veces. Si la persona es conocida por el paciente, incluso si él tiene confianza...” (FGIT321)*

*“...el contacto con el paciente es super importante, hay que cuidarlo, entonces hay que hacer un ejercicio de empatía, de escucha, de escucharles, también de bueno pues...ver que, yo realmente de las cuatro coacciones que utilizas, la que utilizo es la influencia interpersonal...el tema de estar con el paciente, la disponibilidad como profesional , tengo que mostrarle pues una disponibilidad, por supuesto con cierta responsabilidad” (FGSP208)*

*“Yo le doy mucha importancia a la influencia interpersonal, a mí es que me parece fundamental el contacto que ellos tienen con nosotros, y la confianza que ellos muchas veces depositan en nosotros... a través de la influencia y la confianza muchas veces llevas a los pacientes por la zona y por donde tienen que ir , ...” (FGSP427)*

*“Yo creo, que ahí yo le daría mucha importancia a la influencia interpersonal... porque fíjate que tú y yo el tiempo que hemos estado trabajando y... no se vale que tú no estés avanzando si yo ya he trabajado todo contigo, es así que como manipular al paciente...”(FGMX104)*

*“...Sí pero, también tiene poder esa ascendencia, digamos, de parte del terapeuta ante el paciente. De otra forma no se puede tener una forma de influencia o de persuasión sobre él, tiene que haber cierto nivel como de respeto, al menos, como de confianza en el papel del terapeuta si no, no se puede...” (FGMX208)*

*“...la persuasión y la influencia interpersonal son dos herramientas que uno utiliza bastante frecuente... a la segunda le pongo, de alguna forma, el vínculo terapéutico, o sea que el paciente entienda que uno tiene una relación y que dentro de esa relación de respeto y que pretende beneficiarlo y, que en ningún caso quiera dañarlo, uno recurre al vínculo muchas veces para poder indicar algo, no me causa ninguna dificultad...” (FGCH305)*

*“...uno intenta vincularse con una persona con la cual el paciente tenga alguna relación favorable y le crea o respete su opinión porque, por ejemplo, si no es en esta etapa una percepción o influencia...” (FGCb402)*

### 3.3.- INDUCCIÓN

Aunque en general su uso es aceptado en determinadas circunstancias puntuales, produce ya el rechazo generalizado de los profesionales, que intentan sustituirla por alternativas con alguna connotación positiva (refuerzo positivos en lugar de pérdida, pactos,...) o justificarla en el beneficio para el paciente.

*“...es decir, el pensar que estás haciendo algo por el bien del paciente, pero me siento, me siento... como la inducción, amenaza y cosas coercitivas...” (FGIT317)*

*“...con respecto al discurso de inducción, pensé en cómo de alguna manera los dos estamos en un intento de hacer de esto una prueba de la realidad con el paciente y luego, tratamos de alguna manera, dar a ese elemento, de alguna manera, tanto peso como sea posible en su decisión. Así lo dejó, me refiero, por ejemplo: decirle al paciente que probablemente no será capaz de visitar a su hija si se encuentra en un estado de descompensación clínica, sí, es una amenaza, pero también es un reconocimiento de la realidad, sin embargo, y es como anticipar el dolor en el contexto clínico de la cirugía, con el médico en el lugar de exponer al paciente directamente a las consecuencias” (FGIT427)*

*“Es un castigo por no hacer las cosas que te mandamos,...o sea en caso particulares sí que se usa...” (FGSP314)*

*“... yo coacción sólo la llamaría a la inducción o amenaza, que persuasión e influencia con mis pacientes no llega a ser coacción porque realmente es una forma de que te entiendan, no llegas a más...La inducción estaríamos hablando más del condicionamiento operante o del refuerzo positivo, en este caso ya empleado pues que le das un euro de más y consigues que llegue a tiempo, eso sería la inducción” (FGSP206)*

*“ Considero que sí, eso depende del carácter de cada caso, aunque yo mirando la social más amorosa, entraría primero con la inducción de crearle otras alternativas, darle la ilusión de que puede hacer otra cosa para sobrevivir a parte de con el dinero del gobierno, sino que a lo mejor que puede trabajar, crear, crear...” (FGMX423)*



*“...creo que si se condiciona puede ser, lo puede olvidar, para mí lo pueden olvidar y creo que es mejor el primero (se refiere a la influencia interpersonal) porque sí, es como que un pacto pero en buena hora, digamos, y el condicionamiento se me haría complicado para que tomara determinados medicamentos” (FGMX107)*

*“...quizás la inducción y este acercamiento pueda ser una herramienta muy eficaz con ella, también con otros casos, siempre viéndolo de un marco ético, sí, ese es el punto, como los límites de esto para que no ya se pase a llevar otra situación más compleja...” (FGCh302)*

*“es que inducción es una palabra amplia quizás inducir pero con otros aspectos, quizás no...” (FGCH401)*

### 3.4.- AMENAZA

Comenzamos con la imagen 4, que representa algunos ejemplos sobre la amenaza.

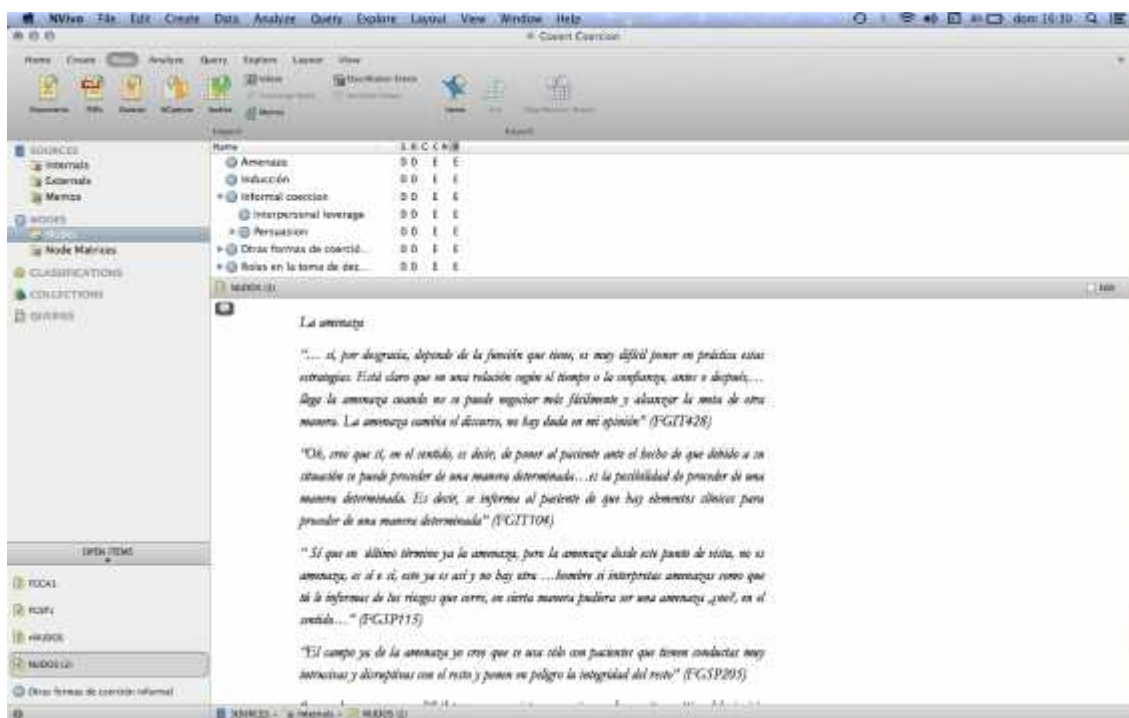


Imagen 4. N-Vivo. La amenaza

Aunque de uso mucho más restringido y en general, como último de los recursos, mal percibida por los profesionales, existe un reconocimiento explícito de su uso en todos los países en algunas ocasiones y, en otras implícita en forma de advertencia de lo que sucederá en el futuro (hospitalización, tratamiento forzoso, no visitas,...)

*“... sí, por desgracia, depende de la función que tiene, es muy difícil poner en práctica estas estrategias. Está claro que en una relación según el tiempo o la confianza, antes o después,... llega la amenaza cuando no se puede negociar más fácilmente y alcanzar la meta de otra manera. La amenaza cambia el discurso, no hay duda en mi opinión” (FGIT428)*

*“Oh, creo que sí, en el sentido, es decir, de poner al paciente ante el hecho de que debido a su situación se puede proceder de una manera determinada...es la posibilidad de proceder de*

*una manera determinada. Es decir, se informa al paciente de que hay elementos clínicos para proceder de una manera determinada” (FGIT104)*

*“Sí que en último término ya la amenaza, pero la amenaza desde este punto de vista, no es amenaza, es sí o sí, esto ya es así y no hay otra ...hombre si interpretas amenazas como que tú le informas de los riesgos que corre, en cierta manera pudiera ser una amenaza ,¿no?, en el sentido...” (FGSP115)*

*“El campo ya de la amenaza yo creo que se usa sólo con pacientes que tienen conductas muy intrusivas y disruptivas con el resto y ponen en peligro la integridad del resto” (FGSP205)*

*“... a la amenaza es difícil porque ya existen mecanismos de monitoreo ético del ejercicio médico, donde los médicos corren el riesgo de perder su licencia, sucede en la profesión” (FGMX314)*

*“...donde se les amenaza o se les da un ultimátum; que si no cambian de conducta, también van a perder su voz, acciones bajo ciertas condiciones para confinarlos” (FGMX421)*

*“... cuando ya llegan a esa instancia, es ya casi, con el tema de la amenaza, de cosas más judiciales, de hospitalizaciones más largas, para poder llegar a hacer tratamientos, porque ya los pacientes están medio compensados” (FGCh103)*

*“...incluso la advertencia, que le queremos llamar nosotros, no la amenaza,...” (FGCh402)*

### 3.5.- ¿EXISTE UNA PROGRESIVIDAD O CONTINUUM EN EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS INFORMALES?

Hasta ahora hemos visto que existe una importante homogeneidad entre las opiniones de los profesionales a la hora del uso y valoración de las medidas coercitivas estudiadas, sin embargo el cuanto el momento que deben usarse las opiniones son absolutamente particulares y discrepantes, incluso dentro del propio grupo focal. De hecho, en este caso hemos seleccionado de forma intencionada ejemplos dentro del mismo grupo focal en un par de países:

*“Obviamente hay una gradiente entre estas modalidades. La idea que tengo con los pacientes que son nuevos, en los primeros episodios, tiendo a usar el primer paso hasta llegar a la etapa más avanzada, como la inducción y la amenaza, de forma gradual. En pacientes que ya conoces, en su lugar, de alguna manera ya existe un patrón que se ha repetido en los últimos años, a veces durante muchos años, es probable que usted se salte el primer paso y no a veces ...” (FGIT426)*

*“Desde mi punto de vista, convencer al paciente es siempre lo mejor, así que creo que no hay, de hecho, un enfoque gradual. En realidad creo que la amenaza entra en juego cuando uno está desesperado. Quiero decir, yo también soy un padre y me doy cuenta de que siempre trato de usar la persuasión, pero también me doy cuenta de que uso la amenaza cuando estoy molesto y no hay manera...” (FGIT425)*

*“... en mi caso, también tener delante al paciente es muy práctico desde el punto de vista conceptual, me tengo que relacionar con su concretismo y sin duda con su psicopatología y su atención... Así que sí, también depende en gran medida del contexto, depende no sólo de la psicopatología, sino también en el plano cultural...” (FGIT427)*

*“Bueno yo creo que se va haciendo de forma progresiva, o sea que se puede empezando con... con esta selección de la información y luego se puede ir aumentando el trabajo hasta, hasta llegar a plantear una disyuntiva entre esto y lo otro, creo que es lo que sucede, la forma clínica de trabajar” (FGSP422)*

*“Yo no lo veo como un continuum sino que están todas muy entremezcladas y, yo creo que cada una de ellas si no hay una base sobre la influencia interpersonal en la que la puedas utilizar, la persuasión y la inducción ¿eh?, no funcionan yo creo que por ellas mismas y si te falla la influencia interpersonal” (FGSP424)*

*“Yo pienso que no tiene por qué ir en progresión, de persuasión, influencia, inducción y amenaza, cada paciente es un mundo independiente...” (FGSP425)*

### 3.6.- PERCEPCIONES SOBRE LA COERCIÓN

Aunque al igual que en el anterior apartado las respuestas no son homogéneas, existe un claro predominio de percepciones negativas sobre la coerción informal, sobre todo en lo referido a la inducción y amenaza

*“Yo no he compartido este sistema, me detengo a la persuasión...” (FGIT101)*

*“... a lo mejor no se está temperamentalmente inclinado a poner en marcha instrumentos de coerción, ya que incluso la personalidad del propio terapeuta está oprimida por un contexto de coacción. Es necesario recurrir a bajar un poco "a un acuerdo con él y decir" ok pero todavía tengo que...", porque en ese momento, en esa situación... tal vez no es el acto más terapéutico para esa persona pero mi deber es cuidarle. Y luego también acaba por llegar a un acuerdo...” (FGIT213)*

*“Voy a hablar en mi caso y lo que hago yo en mi práctica diaria, yo me quedo en el primer escalón o como mucho en el segundo y tenemos pocos recursos, el recurso en realidad es intentar explicarle, darle información al paciente y poco más y... porque le nivel de..., yo no paso nunca a la inducción, jamás...” (FGSP104)*

*“Yo lo veo fatal, me parece coger el atajo en vez de trabajar con el paciente para que tome conciencia de enfermedad, es un atajo y además morboso...” (FGSP207)*

*“Yo considero que sí es importante como buscar una manera de convencer pero no en el sentido de generar incluso hasta otro conflicto, no lo que comentabas de la amenaza, entonces no sería como una forma tan apropiada...” (FGMX101)*

*“Pues a mí, lo que quiero decir, en todas estas, por llamarlo de alguna forma, escalas de coacción, entra la cuestión del poder, ¿no?, finalmente, este... el otorgar el poder al psiquiatra...” (FGMX209)*

*“...vas a llegar a un punto y un techo y el no va avanzar mucho mas tampoco, o sea entonces para que violentarlo más” (FGCh305)*

*“Yo creo que la coacción va más por el lado de una cierta descalificación, una cierta desvaloración del paciente que está con un trastorno mental...” (FGCb405)*

Es excepcional el reconocimiento positivo de la coerción en su conjunto, aunque existe alguna argumentación al respecto:

*“Yo lo que veo es que hay términos como amenaza que puede sonar como violador pero a mí todas ellas, estas formas de coacción informal, me parece que deberían ser parte inexcusable, hacerlas bien, de la formación de las habilidades que hay que tener por lo menos psiquiatras y enfermería ¿no?, es decir, hay que saber amenazar, bien, por el bien del paciente, hay que saber inducir al paciente, es decir las cuatro coacciones, me parece, me gustaría, es decir, coacción informal parece que todo tiene un tono negativo, me parece que no...” (FGSP430)*

Sí hay más opiniones sobre la aceptabilidad de alguna de las intervenciones, pero es acompañada de la visión negativa del resto

*“Esto debe hacerse, hay circunstancias en las que tiene que hacerlo... yo personalmente no me gusta la inducción... Me gusta la persuasión, influencia personal, como la media amenazas ... a veces hay que llegar ... a decir "sí, por desgracia” (FGIT212)*

*“yo estaría casi siempre en la influencia interpersonal, que es al final, lo que me para a mí muchísimo es pasar al siguiente paso...” (FGSP104)*



## DISCUSIÓN



## **DISCUSIÓN**

Comenzamos con un pequeño resumen de nuestros resultados para posteriormente dar paso a su discusión.

La coerción informal existe en todos los países estudiados y en todas sus formas evaluadas: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza; pero, también en otros modos, como el engaño, el chantaje o la actitud directiva. Siendo evidentes las diferencias con la coacción formal.

La decisión sobre el uso de la coerción recae principalmente en el profesional, en ocasiones apoyados en equipos, pero asimismo es vital la participación familiar, con quien puede surgir un conflicto de intereses. Los factores que influyen en la toma de decisión están relacionados con la enfermedad – diagnóstico y clínica-, su evolución -cronicidad y severidad-, la peligrosidad del paciente, autonomía, relación terapéutica con el mismo, adherencia al tratamiento y aspectos organizativos de la asistencia.

Como decíamos, identificamos todas las formas de coerción; sin embargo son la persuasión e influencia interpersonal las más utilizadas, siendo la inducción y, sobre todo, la amenaza menos empleadas y especialmente, ésta última, mal percibida, de forma general. No existe un resultado homogéneo sobre la progresividad o no de su uso.

Es bien conocido el uso de medidas coercitivas en la atención en Salud Mental pero no por ello dejan de ser objeto de debate. Por un lado, están quienes consideran necesario e inevitable ejercer algún tipo de presión para conseguir que algunos pacientes acepten el tratamiento o para evitar que se produzcan daño físico a sí mismos o a terceros y, por otro, quienes ven el uso de medidas coercitivas como un barómetro de la naturaleza ética de los tratamientos psiquiátricos, cuestionando todo el sistema de atención y cuidados del

enfermo mental (Torres y Mayoral, 2010). Desde finales de los años 60' el tema de los tratamientos coercitivos ha dividido la sociedad civil entre la exigencia de proteger la comunidad por la violencia generada por la enfermedad mental y la falta de compatibilidad entre detención preventiva y protección de las libertades fundamentales (Appelbaum, 2006).

A partir de mitad de los años 70' hasta mediados los años 80' la investigación sobre coerción ha intentado demostrar la legitimidad y la eficacia terapéutica de los tratamientos coercitivos, intentando en la mayor parte de los casos, identificar características clínicas y sociodemográficas que justificaran el uso de dichas medidas (Monahan y cols., 1995). En los 90' priman estudios en los que se valora principalmente la percepción del paciente sobre la coerción, destaca el Estudio MacArthur sobre Coerción (Hoge y cols., 1993). El Grupo de Trabajo sobre Coerción del Programa sobre Salud Mental y Ley de John D. and Cathrine T. Mac Arthur (Lidz y Hoge, 1993) desarrolló una escala de medición de la percepción de la coerción, la *Escala MacArthur de Coerción Percibida* (Gardner y cols. 1993), creando un test psicométrico cuantitativo fiable, que dio lugar a una serie de importantes investigaciones posteriores (Lidz y cols., 1995).

Con el nuevo siglo, sobre todo en Europa, aumenta el interés sobre la Salud Mental y el uso de medidas coercitivas, por razones principalmente políticas y ligadas al proceso de unificación de los Estados de la Unión Europea; que exige la definición de un conjunto de normas jurídicas para armonizar la legislación sobre salud mental de todos los Estados Miembros, en este contexto surge el proyecto Eunomia. Su finalidad era comprender la realidad de las diferentes situaciones que caracterizan la salud mental en Europa y establecer unas pautas que regularan el empleo de medidas coercitivas en la Unión Europea, al margen de factores filosóficos, éticos y legales, desde una aproximación experimental a la misma -aspectos epidemiológicos, clínicos,

evaluación de resultados y normativas, éticas y legales- (Fiorillo y cols., 2012). En general, tanto en EEUU como en Europa, se activa el interés y surgen investigaciones rigurosas sobre coerción formal (Crenshaw y cols., 1997; Kaltiala-Heino y cols. 1997, 2000).

Estudios en los que se ejerce la coerción informal en el ámbito ambulatorio, generalmente para conseguir la hospitalización “voluntaria”, aparecen ya en los años 70’ (Gilboy y Smith, 1971), replicándose en los años 80’ y 90’ (Monahan y cols., 1995). Lógicamente, éstos se multiplican con el proceso de desinstitucionalización, el desplazamiento del tratamiento a la comunidad y la necesidad de lograr una buena adherencia y; aún más, en la última década tras la aparición de legislación al respecto en Nueva York y California, a raíz del asesinato de dos jóvenes por personas diagnosticadas de una enfermedad mental.

El uso de la coerción informal ambulatoria y la investigación sobre ella surge al abrigo de las restricciones para la hospitalización involuntaria, la eficacia limitada de la misma, las limitaciones de los tratamientos comunitarios y la ausencia de apoyos comunitarios alternativos; y, se puede entender en el contexto de un amplio movimiento para inducir la participación de los pacientes en su tratamiento en la comunidad, que incluye el uso de presiones provenientes del sistema de bienestar social, el sistema judicial y las directivas anticipadas psiquiátricas, como activos para ejercer dicha inducción (Monahan y cols., 2003).

Los problemas que nos encontramos a la hora de estudiar la coerción informal a nivel ambulatorio radican principalmente en las dificultades metodológicas y encontrar una definición operativa de coerción (Wertheimer, 1993).

Metodológicamente la propia la diversidad de los contextos en los cuales se manifiestan los fenómenos coercitivos sigue siendo el obstáculo más difícil de

superar para poder obtener uniformidad y validez de los resultados (Marusic, 2004).

Además, otro problema fundamental de la investigación sobre coerción en salud mental ha sido desde siempre, la definición de un objeto de estudio específico. Para poder comprender a fondo los fenómenos coercitivos en salud mental hace falta poder distinguir claramente los “hechos coercitivos”, es decir lo que ha ocurrido al paciente, en concreto, como hecho, y; las “vivencias coercitivas” es decir lo que los pacientes y los profesionales creen “que ha ocurrido”. La imposibilidad de distinguir con claridad la coerción como *fenómeno objetivo* de la coerción como *fenómeno subjetivo* lleva el problema de cómo podemos comprender “en su realidad” la coerción en salud mental. Las formas de medición experimentales disponibles hasta hoy día para comprender el fenómeno han sido tres: 1) la observación directa de los fenómenos coercitivos y de las interacciones entre sus actores por parte de un investigador que observa, graba y codifica los hechos, 2) el análisis de indicadores de la coerción, es decir las “huellas” que el uso de medidas coercitivas dejan en la realidad hospitalaria, como informes, historial clínico y todo tipo de documentación relacionada con los hechos, 3) la entrevista a los protagonistas de los hechos coercitivos, es decir la percepción de la coerción expresada directamente por la descripción del evento coercitivo (Lidz y cols., 1997).

En nuestro caso, se añade la ausencia de estudios sobre coerción en nuestro medio con los que compararnos, ya que casi toda la bibliografía procede de países anglosajones, EEUU y Gran Bretaña y, que nos permitan encontrar conclusiones generalizables. De hecho el estudio de los derechos de enfermos mentales no es una prioridad en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (Levav y Gonzalea Uzcategui, 2000).

Molodynski y cols. en 2010, revisan todos los artículos publicados en revistas con revisores que estudian el ejercicio de la coerción informal presión/influencia sobre pacientes en el ámbito comunitario revelando que, a pesar de su carestía, su interés ha ido in crescendo, sobre todo derivado del proceso de desinstitucionalización, el consiguiente aumento de pacientes en la comunidad y el desarrollo de programas de atención comunitaria cada vez más intensivos (tratamientos asertivos, programas para primeros episodios, equipos de intervención en crisis,...), hecho éste propio de esta última década. Ya Smuzkler y Appelbaum (2008) habían planteado que, entre otras causas, el uso de estas medidas deriva del cambio en la relación clínico-paciente, en referencia a los tratamientos asertivos, participando los profesionales de la salud mental en la ayuda al paciente en sus actividades cotidianas y en la relación con otras entidades, como los Servicios Sociales, con el objetivo de evitar recaídas.

En cualquier caso, es evidente que en todos los países estudiados y, de forma general, existe un amplio uso de medidas coercitivas, más allá de su impopularidad (Szmukler, 2008; Torres y Mayoral, 2010). Existen distintas clasificaciones de las estrategias coercitivas, ya revisadas en la introducción, aunque en realidad todas reflejan un gradiente de medidas o presiones con el objetivo de lograr la adherencia al tratamiento ambulatorio del paciente renuente, antes de llegar al uso de medidas formales, ya sean ambulatorias u hospitalarias (Lidz y cols., 1995; Wertheimer, 2003; Szmukler y Appelbaum 2001, 2008).

Para nuestro estudio hemos utilizado la clasificación de Szmukler y Appelbaum (2001, 2008) que incluye: persuasión, influencia, inducción y amenaza. A pesar de tratarse de una terminología anglosajona, en concreto norteamericana, dentro de los países de cultura latina que hemos estudiado es

posible identificarlas, aunque en nuestros resultados merezca la pena hacer algunas precisiones y la aparición de otras estrategias.

Nos referimos especialmente al *engaño* o, el hecho de dar una información falsa al paciente, que parece un hecho muy extendido en la cultura latina: sobre la duración de la hospitalización para que sea más aceptable, dar la medicación oculta en la comida,... (Calcedo, 2000; Valverde, 2010). Los propios Szmukler y Appelbaum (2008) incluyen el engaño dentro de las estrategias coercitivas, sobre todo si existe subyacente una amenaza, en donde la falta de información, puede hacer creer al paciente que una transgresión pueda llevarle a la hospitalización o el tratamiento forzoso (Munetz y cols. 1997).

En cuanto a la coerción entendida según estos cuatro niveles de presión, Monahan y cols. (2001) describen varios instrumentos en Estados Unidos que los profesionales pueden utilizar para ejercer dicha presión (mediante las ya descritas inducción o amenaza) sobre sus pacientes desde los servicios sociales (a través de manejar parte de su dinero o proporcionar alojamiento) y desde el sistema judicial (sustitución de penas de cárcel, alternativa a la hospitalización), que se incorporan a la práctica clínica, como métodos coercitivos, para favorecer la adherencia al tratamiento ambulatorio. En Reino Unido existen métodos similares (Burns y cols. 2011; Canvin y cols. 2013).

En los países que hemos estudiados, ante la imposibilidad de uso de este tipo de recursos, las formas de presión/coerción se desplazan al uso de aspectos *emocionales y los valores*, como por ejemplo hacerle sentir culpable...(Calcedo, 2001), en lo que hemos denominado chantaje emocional.

También se identifica una tercera forma de coerción que sería la *actitud directiva o asertiva*, puesta en práctica en nuestro caso de forma individual mientras que quizás en países anglosajones, con un mayor desarrollo de las intervenciones

comunitarias se realizan por equipos especializados y específicos (Molodynski y cols. 2010). Sobre todo en los grupos de Italia, fue un elemento claramente identificable como forma de coerción:

*“... para dar una indicación y para orientar en la elección, al ser más asertivo sólo para obtener un resultado” (FGIT103)*

*“...hemos dicho que la amenaza la usamos como un último recurso, pero estaba pensando que gran cantidad de veces utilizamos un sinónimo de la amenaza, que es más elegante, hay menos miedo y es "siendo directivo". Lo que conseguimos es el manejo del paciente, medios directivos "o haces... o de lo contrario...", así que lo usamos mucho en su lugar” (FGIT216)*

*“... "directiva" en el sentido de "explícita" no girar a su alrededor, "usted está enfermo”” (FGIT427) “ Directivo lo entiendo un poco más directo en el sentido de "qué hacer", en empujar hacia una dirección u otra, así que se considera coercitivo para un fin” (FGIT429).*

Al final, hablamos de una forma de paternalismo encubierto, donde inducimos la decisión del paciente, marcándole explícitamente lo que debe hacer, sin considerar su deseo ni voluntad, aunque siempre motivados por un principio de beneficencia (Gert y cols., 2006). De hecho veremos más adelante como los tratamientos asertivos han sido objeto de varios estudios en este sentido por el uso de presiones (Monahan y cols. , 2005) o la pérdida de autonomía del paciente (Diamond, 1996), siendo criticados en esta línea por el *Red de Investigación MacArthur en Salud Mental y Ley* (Denis y Monahan, 1996).

En cuanto al tema de *los roles* en el ejercicio de la coerción, en nuestro estudio, es el profesional responsable del tratamiento el principal actor; mientras que en EEUU y GB ha ido cambiando con la aparición de equipos multidisciplinares y especializados, en los que recae en gran medida el ejercicio

de la presión en la comunidad para que el paciente continúe en tratamiento (Smuzkler y Appelbaum, 2008; Molodynski y cols. 2010).

Los más estudiados son los equipos de tratamiento asertivo comunitario, que llevan el cuidado al domicilio del paciente y cuyo objetivo es asegurar que se mantiene el compromiso aunque el deseo del paciente vacile (Mueser y cols., 1998), ayudando al paciente en su autocuidado diario, facilitando reuniones familiares o contactando con servicios sociales, agencias de empleo,...(Diamond y Wickler, 1985). Por su propia naturaleza, a veces extremadamente asertiva, podrían identificarse como presionantes o coercitivos, aunque la percepción de los pacientes es, en general, positiva (Appelbaum y Le Melle, 2008; Marshall y Lockwood, 2008).

La importancia de equipos multidisciplinarios a la hora de la toma de decisiones en el ejercicio de la coerción es un hecho también puesto claramente de manifiesto en nuestro estudio, pero más en el sentido de la puesta en común o compartir la decisión, que en la utilización de los mismos en la intervención. En España e Italia, cabe recordar que México es el único de los tres países que no está incluido por el Banco Mundial dentro de los de altos ingresos, donde quizás existen más recursos y programas de atención comunitaria de mayor calidad (programas de asistencia domiciliaria, continuidad de cuidados, tratamientos asertivos...) sí encontramos algún ejemplo de esta actividad:

*“...Esta discusión surge aquí porque trabajamos de esta manera, en... a la sala de emergencias en cuanto están mal; no se va a casa a ver a los pacientes... es diferente discurso. No es que representamos a la totalidad.” (FGIT101)*

*“...un programa que nosotros llamamos de continuidad de cuidados, que es gente que tiene más dificultades por la patología, pues hacer un acompañamiento en los cuidados, a nivel, a*



*todos los niveles: el autocuidado, los cuidados de la familia, las relaciones interpersonales...”*  
(FGSP105)

De forma alternativa, quizás derivado de aspectos exclusivamente culturales, pero también es posible que por una mayor precariedad en los recursos, la familia ejerce en el domicilio esa presión, que recae en los profesionales allí donde los lazos familiares son menos intensos. Es conocido que por parte del paciente, estas intervenciones suelen ser percibidas de forma más favorable y con menos repercusión a largo plazo que cuando intervienen profesionales, como ya comentábamos en la introducción (Lidz y cols., 2000). Fuera de países occidentales, el papel de la familia puede ir más allá y sociedades centradas en la familia, como las orientales, la autonomía individual puede sacrificarse en función de decisiones familiares (Okasha y Okasha, 2011)

Está descrito que *la familia* juega en nuestro país y los culturalmente afines, un papel mucho más intenso en el tratamiento, entre otras cosas porque los pacientes viven en el domicilio familiar primordialmente y, además tradicionalmente, el tratamiento se basa en actitudes culturales y patrones no profesionales de cuidado (Kalla y cols., 1993; Vazquez-Barquero y García, 1999, Molodinsky y cols., 2014). De hecho, este modelo de intervención ha sido cuestionado, dado que la intervención familiar puede llegar a interferir en el tratamiento profesional (Salize y cols., 1999), como ya hemos observado también en nuestros grupos, ya que los intereses suelen ser distintos, primando en las familias la seguridad y el bienestar, frente a la autonomía y la independencia del enfermo (Ayra, 2014).

En el caso de los países latinoamericanos esta responsabilidad se puede desplazar al grupo social cercano si no existe familia, ocupando su lugar:

*“...un paciente generalmente no viene solo, viene acompañado de la esposa, de la mamá, del hermano, del novio, de la suegra, es extensa, no hay como la posibilidad de que haya esta*

*separación, esta individualidad, somos una sociedad “amadrinada” un poco, porque a veces si no tenemos familia cercana sí tenemos una amiga, un amigo, ....que funciona como..., entonces esta característica da precisamente a que el psicólogo o el psiquiatra o el médico tenga siempre un referente, un tutor, un alguien en quien sostenerse para el seguimiento o tratamiento del paciente...” (FGMX212)*

*“...de una viejita que el hijo es psicótico esquizofrénico ella está ya psicótica y el que se va hacer cargo de la hospitalización es el conserje del edificio que han vivido toda la vida ahí...” (FGCb107)*

Conocer la *frecuencia* del uso de la coerción en la asistencia psiquiátrica es prácticamente imposible. Una buena aproximación puede ser la que se baraja en el estudio de Monahan y cols. (2005), quien explora la percepción de coerción en 200 pacientes, en cinco áreas de Estados Unidos y, donde, aunque las tasa de coerción varían de forma individual, la sitúa entre el 44 y el 59%, lo que le lleva a sugerir su ubicuidad en la práctica psiquiátrica, confirmado en nuestros resultados, cuyo uso se practica en todos los países y grupos estudiados. En un estudio cualitativo en Reino Unido, también son numerosos los psiquiatras que perciben su trabajo como coercitivo, “con el reconocimiento del uso de estrategias para dirigir al paciente” (Richardson, 2007), aunque los datos epidemiológicos de Burns y cols. (2011), en una muestra de 447 participantes, procedentes de 4 muestras clínicas distintas, son algo menores que la estadounidenses, en torno al 35 %. Incluso hay algún autor que afirma que si existen tratamientos obligatorios nadie es completamente libre, recordando su existencia como una amenaza velada (Szasz, 2007).

En el citado estudio de Monahan et (2005) también se describen las *características sociodemográficas y clínicas* que se asocian al uso de coerción: persona joven (menor de 40 años), con una enfermedad más severa y mayor

psicopatología, varias hospitalizaciones previas y un uso intensivo de los servicios de salud mental ambulatorios. Estas características se repiten entre los pacientes tratados en Reino Unido (Molodynski, 2010; Burns y cols., 2011) y coinciden con nuestros resultados en lo referente a cronicidad y severidad. La edad también aparece en los grupos italianos como dato sociodemográfico importante:

*“...creo que otro factor que puede influir en la decisión es la edad de la persona”  
(FGIT317)*

Burns y cols. (2011), además de las repetidas hospitalizaciones y la severidad, señala otras variables asociadas al uso de la coerción: el consumo de sustancias (de hecho, en su estudio, el uso de la coerción se presenta en el 63% de los pacientes con diagnóstico de adicción, frente al 30 % de los pacientes con psicosis y el 15 % de los no psicóticos). Los resultados en cuanto al consumo de sustancias e insight eran inconsistentes en el estudio de Monahan y cols. (2005), aunque previamente el autor había destacado el hecho que son precisamente pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias los subsidiarios de este tipo de medidas de presión (Monahan y cols., 2001; Conrad y cols., 1999; Rosen y Rosenbeck, 1999).

Para Appelbaum y Redlich (2006) son el consumo de drogas y las hospitalizaciones frecuentes los mejores predictores de coerción. En la investigación de Angell y cols. (2007) es la presencia de comorbilidad entre psicosis y abuso de sustancias, un pobre funcionamiento y escaso insight, el perfil de pacientes sobre los que se ejerce la coerción. En ambos trabajos se utilizó el manejo del dinero por parte del clínico como forma específica de coerción informal. En el artículo de Jaeger y Rossler (2010) se asociaba el empleo de la coerción informal con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y, la presencia de un mejor insight favorecía que los pacientes percibieran las

medidas coercitivas como justas y efectivas. También hay algún resultado que sugiere que el uso de medidas coercitivas podría mejorar el insight futuro (Seo y cols. 2013).

La presencia de distintos tipos de enfermedad mental en la que se realizan estrategias coercitivas coinciden con nuestros resultados, aunque al tratarse de un estudio cualitativo no podemos determinar frecuencia, y la conciencia de enfermedad o insight, es una variable también considerada en algunos grupos:

*“...a lo mejor por la persuasión o estas cosas tal vez usted puede prescribir un tratamiento diario, que con el tiempo, incluso el paciente sea capaz de tener una mayor conciencia de los efectos que le está haciendo y sentirse mejor. Una conciencia que él no había hecho antes, no había crítica. Con el tratamiento, teniendo a alguien con terapia también puede convertirse en alguien un poco más crítico...” (FGIT210)*

*“...más allá de la enfermedad entra la propia personalidad, porque hay personas que a pesar de tener una enfermedad severa, tal vez por la persuasión, pueden atender a buenas razones por las que someterse a un determinado tratamiento, aceptándola.... lo que dije, la aparición de la conciencia” (FGIT425)*

*“...bueno cuando mejora un poco su conciencia es... yo quiero estar buena no me ingreséis... yo me tomo la medicación, esa es la conciencia, lo peor es realmente, yo creo, que no tiene conciencia de enfermedad” (FGSP105)*

*“...en este caso que hay una familia asustada y un paciente desconcertado, sin conciencia de enfermedad y encima le estamos haciendo todo en contra de su voluntad...” (FGSP212)*

Al igual que en distintos estudios de coerción formal, otro de los motivos para el uso de la coerción encubierta, es la peligrosidad. La complejidad de esta situación en la que se priva a una persona de sus derechos fundamentales para someterla a un tratamiento, «por su bien» o para preservar la seguridad de terceros, hace que se mezclen principios filosóficos, éticos, clínicos y de

política asistencial. La justificación de su utilización va a depender, por una parte, del balance entre la prevención del daño que el propio paciente puede ocasionarse a sí mismo o a otros y; de los daños, tanto físicos como psicológicos, asociados a su aplicación y; por otra, de su inevitabilidad por el empleo de otras medidas alternativas (Torres y Mayoral, 2010).

Entre estas alternativas está sin duda el uso de medidas coercitivas informales que favorezcan el control social de las conductas disruptivas del paciente enfermo en el ámbito ambulatorio (Lovell, 1996). La peligrosidad y la prevención de la violencia por parte del paciente son, tanto en nuestros resultados como en los encontrados en la bibliografía, el motor del uso de la coerción en numerosos casos (Conrad y cols., 1999; Monahan y cols. 2001). Incluso algún autor sitúa la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y peligrosidad como necesarios y suficientes para someter a tratamiento al paciente, independientemente de otras consideraciones (Ayra, 2012).

Al margen de aspectos sociodemográficos y clínicos, otro de los factores que condiciona el uso de la coerción está la necesidad inducir *la adherencia al tratamiento* y a los recursos de Salud Mental (Monahan y cols. 2001), de hecho para algún autor es el único factor que justificaría el uso de la coerción, incluida la violencia, cuando ésta se entiende de forma general (Sjöstrand y Helgesson, 2008). Calvin y cols. (2013), en un estudio realizado en Reino Unido, encuentran que son los propios pacientes quienes reconocen que el uso de la presión coercitiva tiene por objetivo adherirse al tratamiento y “estar bien”. Nuestros resultados también abogan por ello.

En el mismo sentido debe funcionar y, lo hace según nuestros resultados, la *relación terapéutica*, disminuyendo la necesidad de coerciones más intensas. Es más, Bonnie y Monahan (2005) sugieren el cambio del término coerción por el de contrato, que implicaría informar sobre los contenidos del acuerdo y la

posibilidad de manifestar su opinión; utilizando incentivos o retirándolos para favorecer la adherencia al tratamiento, dentro de lo que sería un tratamiento de calidad, centrado en el paciente, y extendiéndolo de modo que cualquier intervención se experimentara por el paciente como una relación terapéutica de cuidado (Monahan y cols., 2003).

Otro elemento puesto en cuestión con respecto a la relación terapéutica es la posibilidad de su deterioro derivado del uso de medidas coercitivas, de hecho como veremos más adelante es un hallazgo frecuente (Brotman y Muller, 1990; Dixon y cols. 1999; Luchins y cols. 2003; Angell y cols., 2007); si bien, en ninguno de estos estudios existía la referencia de cómo era la relación previamente, es más cuando esto se ha controlado no se han encontrado diferencias (Rosen y cols., 2001).

Como hemos ido viendo el ejercicio de determinadas formas de presión a nivel ambulatorio depende de *aspectos organizativos* en los distintos países (Szmukler, 2008) y de forma muy específicas incluye aspectos organizativos a nivel de servicios social y judicial (Monahan y cols., 2001), pero también económicos y políticos (Bonnie, 2002); de hecho, Molodynsky y cols. (2014) sugieren, la pobreza y falta de servicios, como potenciales fuentes de coerción en países de menos ingresos. En nuestros resultados también podemos apreciar la importancia de estos aspectos referente a aspectos organizativos, presiones asistenciales...

*“...tenemos un montón de presión, un poco de "social, un poco del juez de instrucción", para implementar intervenciones cuando son necesarios...” (FGIT216)”*

*“...en el supuesto de que se ponga en tratamiento de cara a la administración, ya no de cara al centro de salud mental sino de cara a otras administraciones, digamos de la comunidad autónoma o del ayuntamiento, pero en el supuesto que tenga un tratamiento y sí se valore*

*unas necesidades que pueda tener en el futuro y que mejoren su calidad de vida...”*  
(FGSP316)

La importancia de aspectos organizativos de la asistencia se aprecia incluso dentro de los mismos países, entre el ámbito público y privado, sobre todo en países como Chile y México, donde existen grandes diferencias socioeconómicas y sistemas públicos de salud poco desarrollados:

*“...siempre es cómo lo mismo, lo mismo, ... Y en una institución privada entonces es, como distinto, porque entonces ahí es una entrada de dinero.... yo creo también que hay diferencias, obviamente hay diferencias que sí impactan en estas medidas”* (FGMX211)

*“...se manda o a clínicas privadas o se llama al profesional privado de tal manera que porque también el sistema público ya está suficientemente ocupado con los pacientes públicos para entrar a situaciones que son complejas porque claramente los pacientes de más recursos usan otro tipo de...”* (FGCh106)

Estas diferencias organizativas son tan evidentes que en ninguno de los países estudiados existen medidas de presión social (uso del dinero o alojamiento), ni siquiera judiciales, en forma de alternativa a la hospitalización. De hecho, en la bibliografía consultada, los estudios usan medidas concretas e identificables para ejercer la presión sobre el paciente, especialmente a cambio de dinero (Appelbaum y Redlich 2006, Angel y cols. 2007; Monahan y cols. 2010), que es imposible aplicar en ninguno de los países estudiados.

Szmukler y Appelbaum (2008) proponen el uso de la coerción de forma jerarquizada, que comenzaría en la persuasión y finalizaría en el tratamiento ambulatorio involuntario, según lo cual cuanto más ascendemos en el uso de la fuerza, mayor justificación clínica debe existir para su uso. En nuestros resultados existe una enorme variabilidad conforme a la forma en que ejercemos la coerción (desde el continuum a la discrecionalidad más absoluta),

probablemente derivado de la propia versatilidad clínica de pacientes y usos psiquiátricos, resultando una aparente contradicción la progresividad en las medidas.

La justificación del uso de cualquier medida coercitiva tiene que venir avalada por principios éticos y de eficacia. Comentábamos anteriormente el hecho de que la peligrosidad era un elemento que influía en el uso de medidas coercitivas, sin embargo se refiere sobre todo al uso de la coerción formal (Smuzkler y Appalbaum, 2008).

En principio, el tratamiento coercitivo no puede ser defendido tan solo por el bien de la protección de otros. Si bien las acciones coercitivas pueden ser aceptables con el fin de proteger la familia cercana y otros, el tratamiento médico no es justificado por tales razones, se debe dar sólo en interés de los pacientes (Sjöstrand y Helgesson, 2008). Aunque, anteponer la protección de los demás, tampoco es extraño en sociedades donde cada vez existe mayor preocupación por el riesgo y el control de enfermos mentales, que son percibidos como violentos (Szmukler, 2008).

En otro extremo encontramos posturas en donde se rechaza cualquier forma de coerción, concediendo a pacientes igualdad de derechos y obligaciones, pudiendo rechazar su tratamiento, sea cual sea su estado mental (Szasz, 1970), sosteniendo incluso que pacientes no autónomos pueden tener razones, valores profundamente arraigados, para renunciar al tratamiento y, que tales razones deben ser respetadas a menos que nuevos argumentos les hagan cambiar sus puntos de vista (Sjöstrand y Helgesson, 2008).

Aunque desde un punto de vista teórico y, como comentábamos anteriormente, es un principio básico del tratamiento centrado en el paciente, el respeto a sus preferencias y autonomía, en determinadas situaciones donde



su capacidad está limitada para la toma de decisiones, es injustificable desde el punto de vista ético y legal, respetar su deseos (Monahan y cols., 2003).

Por ello, son sobre todo dos los marcos teóricos, como veíamos en la introducción, que justifican el uso de estrategias coercitivas, de un lado el paternalista y la obligación de cuidar de la salud del paciente (Veatch, 1994; Gert y cols., 2006); del otro, el que busca el equilibrio entre la capacidad y los intereses del paciente (Smuzkler y Appalbaum, 2008).

El modelo paternalista propone actuar en beneficio del otro, aún a costa de sus convicciones y de su consentimiento, justificando su uso para prevenir un daño hacia sí mismo (Culver y Gert, 1982; Gert y cols., 2006). Aunque en claro declive en sociedades igualitarias y educadas, persiste vivo en la actividad clínica diaria de médicos, psicólogos y enfermeras (Burns, 2011). En nuestros grupos también encontramos referencias claras a un uso paternalista de las medidas de coerción:

*“...el paciente está acostumbrado a ver al médico y el tipo de relación, tal vez más paternalista porque le da seguridad, porque dice "sabe lo que es correcto para mí, él lo sabe",...significa que "no son libres" pero "siempre estoy acostumbrado a ello." Y el hecho de elegir "usted puede hacer esto o aquello" es más difícil, más ansiedad. Así que el modelo, en este sentido me refiero...” (FGIT214)*

*“Pues es que pareciera, a veces, se ha evidenciado como un tipo de la Santa Inquisición, así como que el psiquiatra se pone en el papel de perseguir la locura y casi, casi acaba con ella, más allá de la voluntad del paciente...” (FGMX208)*

De otro lado, están quienes abogan por un equilibrio entre la competencia y el bienestar del paciente. En nuestros resultados hemos visto muchos ejemplos de la importancia dada a la competencia o autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones. Así, sería la ausencia de capacidad adecuada para la toma de

decisiones lo que llevaría a considerar un tratamiento en contra del deseo del paciente, pero además el tratamiento debe buscar el mejor interés para el paciente, su eficacia (Smuzkler y Appelbaum, 2008).

Un problema añadido reside en ser capaces de determinar la competencia del paciente para poder decidir. En una revisión sistemática de 37 estudios en pacientes hospitalizados que intentan medirla, con hasta 29 instrumentos diferentes, realizada por Okai y cols. (2007), encuentran que en torno a un tercio se considera que carecen de competencia.

En la investigación de Grisso y Appelbaum (1995), el 50% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presenta un deterioro significativo en al menos una de las habilidades necesarias para tomar una decisión competente con relación a su tratamiento. Su frecuencia en pacientes ambulatorios que rehúsan el tratamiento es una incógnita (Grisso y Appelbaum, 1995), y muchas veces este aspecto pasa a un segundo nivel interviniendo otros factores ya descritos (Appelbaum y Redlich, 2006).

Del otro lado de la competencia, estarían los resultados derivados de la intervención. La ubicuidad del uso de las medidas coercitivas informales podría ser una manifestación de su eficacia (Watts y Priebe, 2002).

Además diversos estudios ponen de manifiesto que medidas coercitivas pueden favorecer la adherencia al tratamiento (Priebe y cols., 2013) y de forma secundaria el pronóstico de la enfermedad, reduciendo hospitalizaciones (Ries y Comtois, 1997; Luchins y cols., 1998), exclusión social (Schutt y Goldfinger, 1996; Rosen y Rosenheck, 1999), mejorando el funcionamiento en áreas como el consumo de drogas, adherencia al tratamiento y la calidad de vida (Ries y Dick, 1999; Dixon y cols. 1999; Hanrahan y cols., 2002; Luchins y cols. 2003; Conrad y cols., 2006; Angell y cols., 2007).

También es cierto que algunos estudios no la encuentran eficaz (Seo y cols., 2013) o plantean que su uso podría llevar a no acceder a los servicios para no ser víctima de ella, retrasando la búsqueda de ayuda (Campbell y Schraiber, 1989; Nicholson y cols., 1998) o causar estigma (Link y cols. 2008) o poner en juego la relación terapéutica (Brotman y Muller, 1990; Dixon y cols. 1999; Luchins y cols. 2003; Angell y cols., 2007). De hecho, la percepción negativa que sobre la coerción en su conjunto refieren alguno de los profesionales de nuestros grupos puede tener que ver con alguno de estos aspectos.

Otro elemento importante a la hora de valorar los resultados del uso de coerción, es tener en consideración la percepción subjetiva del paciente sobre el uso de estas medidas. En este sentido, una revisión sistemática de la Cochrane sobre la coerción formal pone de manifiesto que, a veces, el paciente no percibe que dichas medidas limiten su libertad (Sailas y Fenton, 2003).

Varios estudios sobre medidas de coerción informal coinciden con lo anterior: el ejercicio de medidas coercitivas no significa necesariamente que el paciente las perciba como tales (Hoge y cols., 1993; Westrin y Nilstun, 2000). Incluso Appelbaum y Redlich (2006), encuentran que los propios pacientes reconocen que aunque las intervenciones coercitivas les restan autonomía, puede ser un elemento útil para mejorar el cumplimiento; e incluso hay quien las percibe como altamente positivas (Dixon y cols., 1999). En este sentido, además de las características sociodemográficas y clínicas descritas (Monahan y cols. 2005; Burns y cols. 2011), la conciencia de enfermedad puede jugar un papel clave en las intervenciones terapéuticas, mejorarla podrían también mejorar la percepción de las medidas coercitivas (Jaeger y Rossler, 2009).

También en alguno de nuestros grupos focales se pone de manifiesto que los profesionales perciben que su uso no necesariamente tiene una repercusión negativa en el paciente.

*“...depende del tipo de coacción que hagamos hacia el paciente, a lo mejor pongamos a nivel informativo, llega un momento que lo convences, le planteas cuáles son los beneficios de la medicamentación y el paciente responde y obviamente se siente satisfecho” (FGMX101)*

*“...creo que puede estar más satisfechos cuando ven que seguir ese camino ha evitado encontrarse con otras cosas... "yo estaba completamente metido en mí mismo y que tenía razón para hacerlo." En este sentido, digo puede ser que hay una cierta satisfacción” (FGIT214).*

La percepción de la coerción por parte de los pacientes se relaciona directamente con el uso de la amenaza y fuerza física y, de forma inversa cuando se preserva el derecho de ser tratado con justicia. El uso de medidas informales de coerción, como decíamos, no necesariamente se percibe como tal. De hecho, si los pacientes se sienten escuchados, si se han sentido tratados con respeto, afecto e imparcialidad, si le hacemos sentir que se ha obrado justamente, la percepción de coerción es menor (Bennett y cols., 1993; Lidz y cols., 1995; Watson y Angell, 2007; Jaeger y Rossler, 2009). De ahí la necesidad de establecer una forma de “contrato”, en el que el uso de estas medidas se englobe en una relación terapéutica de cuidado (Monahan et 2003, Bonnie y Monahan, 2005).

El uso de la amenaza se percibe de forma muy coercitiva y puede suponer una barrera para el tratamiento (Swartz y cols. 1993), aunque no otras formas de presión (Lidz et 1998; Jaeger y Rossler, 2009). Rodhes (2000) considera, de hecho, que para que exista coerción, ésta debe percibirse como una amenaza.

En este mismo sentido se pueden interpretar nuestros resultados, en el que la inducción y la amenaza, sobre todo esta última, se rechazan de forma bastante generalizada:

*“...yo no me veo para utilizar la amenaza y menos en términos económicos, yo no me veo, no sé si es por desconocimiento o qué, no lo he contemplado, no trabajamos así en España” (FGSP105)*

*“...En este sentido, la amenaza es la que personalmente me molesta más...” (FGIT214)*

Del mismo modo, intentando evitar la coerción en sus formas más intensas, se están realizando estudios sobre el uso de directrices psiquiátricas previas, donde la presencia de un “facilitador”, podría disminuir el uso de medidas coercitivas y mejorar la relación con el equipo terapéutico (Swanson y cols., 2006, 2008; Amering y cols. 1999, 2005).

Por último señalar, el papel que puedan jugar elementos culturales hacia la enfermedad mental en el uso de medidas coercitivas, hasta el punto que podríamos hablar de “usos y costumbres locales” (Smuzkler, 2008). Como decíamos anteriormente en esta discusión, la investigación sobre coerción está centrada en países de altos ingresos, principalmente anglosajones y, no existen estudios en países con bajos ingresos o en aquellos con diferentes servicios asistenciales o distintos valores culturales (como Asia, África o Sudamérica), posiblemente y como ya decíamos por el escaso desarrollo de los servicios comunitarios (Molodynsky y cols. 2014). Okasha (2000, 2002) relaciona el contexto sociocultural con distintos aspectos de la psiquiatría, incluida la coerción y, como en ausencia de una legislación o directrices profesionales claras, el uso de la coerción se confía a la tradición psiquiátrica e influencias socioculturales. Este hecho es muy evidente en los grupos focales realizados, sobre todo en Méjico, quizás el menos europeizado de todos los países estudiados:

*“...nosotros tenemos un diagnóstico para ellos, pero familiarmente no se diagnostica como bipolar o esquizofrénico, no, nada más es el tío raro, el primo tal, y aprendemos a vivir con esto. Entonces, es difícilísimo, no hay cultura para ir al psicólogo, para ir al psiquiatra bajo ciertos sentimientos, dudas, emociones, no la hay, entonces sí hay como el acompañamiento, o sea un paciente generalmente no viene solo, viene acompañado de la esposa, de la mamá, del hermano, del novio, de la suegra, es extensa, no hay como la posibilidad de que haya esta separación, esta individualidad, somos una sociedad “amadrinada” (FGMX212)*

*“...en este sentido es interesante desde el punto de vista cultural como en ciertos contextos se ve la figura del médico. En el sentido de que, en las sociedades industriales con gran importancia de la individualidad y de la productividad, no tienen ese vínculo con el médico. La gente se pregunta un montón de cosas, si un médico no le gusta a cambiarlo ... bueno, muy diferente a otras culturas en las que el médico tiene un peso y un ... bueno sí, ser médico induce una persona una especie de confianza desde el principio que creo que no estamos acostumbrados a tener” (FGIT318).*

Incluso vemos en alguno de los comentarios, que lo cultural justifica el uso de la coerción en su grado más extremo:

*“...sí, en Méjico yo creo que utilizamos mucho esta parte de amenaza, sí, porque amenaza, nuestra cultura es un poco en ese sentido, la culpa, la amenaza” (FGMX316)*

Hay autores que sugieren que países en vías de desarrollo, donde el acceso a estándares de tratamiento similares a los de países occidentales está limitado a unos privilegiados y en sociedades centradas en las familias el uso de medios coercitivos es más frecuente y mejor tolerado (Alem, 2000; Okasha y Okasha, 2011).

Incluso en algunos países la religión y espiritualidad puede tener influencia en la autonomía personal (Okasha y Okasha, 2011). En nuestros grupos, es evidente en Méjico, donde las creencias religiosas están mucho más arraigadas:

*“Claro y vamos no solamente con el tratamiento farmacológico sino también como para poder ayudarlo a resolver alguna situación de tipo psicoterapéutico es...bueno, esto que tú estás haciendo, estas acciones que tuviste o que tú llevaste a cabo ¿cómo crees que Dios las juzga? O cómo crees que Dios piense acerca de esto y, entonces esto nos ayuda en muchas ocasiones a que el paciente diga: no pues estas actitudes están mal porque esto es un pecado y entonces tengo que dejar de hacerlas...” (FGMX106)*



## CONCLUSIONES



- Existe un uso universal de estrategias coercitivas
- Existen más semejanzas que diferencias en su uso dentro de los 4 países estudiados
- El uso de estrategias coercitivas está mediado por características clínicas del paciente aunque también por aspectos culturales y organizativos de la asistencia
- La coerción se percibe como eficaz en algunos casos
- La justificación del uso de medidas coercitivas informales deriva de un equilibrio entre la necesidad del paciente y la competencia para tomar decisiones, aunque esto convive con actitudes paternalistas
- Existe una disociación explícita entre actitudes y práctica en lo relativo al uso de la amenaza como estrategia de coerción
- Las diferencias culturales más marcadas se encuentran en México, el único de los tres países no incluido por el banco mundial dentro de los de altos ingresos
- En estas diferencias juegan un papel principal la familia y la religiosidad



## **BIBLIOGRAFÍA**

Alem A. Human rights and psychiatric care in Africa with particular reference to the Ethiopian situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101 (Supplement 399): 93–96.

Allen M, Smith VS. Opening Pandora's box: the practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 2001; 52: 342–346

Amering M, Denk E, Griengl H, Sibitz I, Stastny P. Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34(1):30-4

Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry.* 2005; 186: 247-52

Angell B, Mahoney CA, Martinez NI. Promoting treatment adherence in assertive community treatment. *Social Service Review* 2006; 80: 485–526.

Angell B, Martinez NI, Mahoney CA, Corrigan PW. Payeeship, Financial Leverage, and the Client-Provider Relationship. *Psychiatric Services* 2007; 58: 365–372.

American Psychiatric Association Task Force Report 22. Seclusion and restraint: the psychiatric uses. Washington DC: APA, 1985.

Appelbaum PS. Empirical assessment of innovation in the law of civil commitment: A critique. *Law, Medicine, and Health Care* 1985; 13: 304-309.

Appelbaum PS. Twenty-Five Years of Law and Psychiatry. *Psychiatry Services* 2006; 57:18-20

Appelbaum PS, Grisso T. Assessing competence to consent to treatment a guide for physicians and other mental health professionals. New York: Oxford University Press, 1998: 31-58.

Appelbaum PS, Le Melle S. Techniques used by Assertive Community Treatment (ACT). Teams to encourage adherence: Patient and Staff Perceptions. Community and Mental Health Journal 2008; 44: 459-464

Appelbaum PS, Redlich A. Use of Leverage Over Patients' Money to Promote Adherence to Psychiatric Treatment. Journal of Nervous and Mental Disease 2006;194: 294–302.

A/RES 46/119. La protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Nueva York: Asamblea General de la ONU, 1991.

Arya DK. Compulsory treatment and patient responsibility. Australasian Psychiatry 2012; 20, 472–477.

Ayra DK. Role of family and carers in compulsory mental health treatment. International Journal of Social Psychiatry 2014, Vol. 60(1) 3–5

Barnes T y the Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2011, 25, 567-620

Barrios Flores L. Usos de Medios Coercitivos en Psiquiatría: Retrospectiva y Propuesta de Regulación. Derecho y Salud 2003; 11: 141-163.

Barrios Flores L. Medios coercitivos en psiquiatría: contención y aislamiento. En: Delgado Bueno S, Maza Martín, JM (eds). Tratado de Medicina Legal y

Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Editorial Bosch 2013: 567-585.

Barrios Flores L. Los derechos fundamentales del enfermo mental. En: Delgado Bueno S, Maza Martín, JM (eds). Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Editorial Bosch 2013: 209-231.

Bayles M. A Concept of Coercion. En: Penneck JR (ed). Coercion. Chicago: Penneck and Chapman, 1972: 16-29.

Bayles M. Coercive Offers and Public Benefits. The Personalist 1974; 55: 139-144

Beck J, Golowaka E. A study of enforced treatment in relation to Stone's "Thank You" theory. Behavioral Sciences and the Law 1988; 6: 559-566.

Bennett N, Lidz C, Monahan J, Mulvey E, Hoge S, Roth L, Gardner W. Inclusion, motivation, and good faith: The morality of coercion in mental hospital admission. Behavioral Sciences and the Law 1993; 11: 295-306.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2009: 99-140.

Berghmans RLP. Capacity and Consent. Current Opinion in Psychiatry 2001; 14: 491-499.

Blanch A, Parrish J. Reports of three roundtable discussions on involuntary interventions. Psychiatric Rehabilitation and Community Support Monograph 1993: 1; 1-42.

Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31:711-26.

Bonnie R. Political abuse of psychiatry in the Soviet Union and in China: complexities and controversies. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30: 136–144.

Bonnie RJ, Monahan J. From Coercion to Contract: Reframing the Debate on Mandated Community Treatment for People with Mental Disorders. *Law and Human Behavior* 2005; 29, 485-503.

Bradford B, McCann S, Mersky H. A survey of involuntary patients' attitudes towards their commitment. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 1986; 11: 162-165.

Braun V, Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2):77-101.

Brotman AW, Muller JJ. The therapist as representative payee. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41:167–171

Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatry research. *Advance in Psychiatric Treatment* 2001; 7: 350-356.

Burns T. Paternalism in mental health – when boots are superior to Pushkin. En: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. (eds). *Coercive treatment in psychiatry*. West Sussex, UK: John Wiley y Sons 2011: 175-185.

Burns T, Yeeles K, Molodynski A, Nightingale H, Vázquez-Montes M, Sheehan K, Linsell L. Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental healthcare. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199; 145-150.

Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vázquez-Montes M,

Voysey M, Sinclair J, Priebe S. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet* 2013; 381: 1627-1633.

Busch AB, Shore MF. Seclusion and Restraint: a Review of Recent Literature. *Harvard Review of Psychiatry* 2000; 8: 261-270.

Calcedo, A. La coacción y el engaño en la práctica de la psiquiatría. Conferencia en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría. *Psiquiatría.com*, 2000.

Campbell J, Schraiber R. In Pursuit of Wellness: The Well-Being Project. Sacramento, California, Department of Mental Health, 1989

Canvin K, Rugkåsa J, Sinclair J, Burns T. Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *Int J Law Psychiatry* 2013; 36(2):100-6.

Castán Tobeñas J. Los derechos del hombre. Madrid: Reus, 1982: 44.

Centrella M. Physician addiction and impairment – current thinking: A review. *Journal of Addictive Disorders* 1994; 13: 91-105.

March Cerdá JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Universitaria* 1999; 13: 312-319

Churchill R, Owen G, Singh S, Hotop F. International Experiences of Community Treatment Orders. London: Institute of Psychiatry, 2007.

Conrad KJ, Lutz G, Matters MD, Donner L, Clark E, Lynch P. Randomized trial of psychiatric care with representative payeeship for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 2006; 57:197–204

Conrad KJ, Matters MD, Hanrahan P, Luchins DJ, Savage C, Daugherty B. Representative payee for individuals with severe mental illness at community counseling centers of Chicago. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1999; 17: 169–186.

Constitución Española. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1978.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Nueva York: Naciones Unidas, 2006.

Cooper GG. Civil commitment of mentally ill-right to treatment-parens patriae power-right to liberty. *Akron Law Review* 1975; 9: 374-382

Cotton N. The developmental-Clinical Rationale for the Use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989; 59:442-50.

Cotton N. Seclusion as Therapeutic Management: an Invited Commentary. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65:245-8.

Crenshaw W, Cain K, Francis P. An updated national survey on seclusion and restraint. *Psychiatr Serv* 1997; 48:395-8

Culver Ch, Gert B. *Philosophy in Medicine*. New York: Oxford University Press, 1982: 123-126.

Christy A, Poythress NG, Boothroyd RA, Petrila J, Mehra S. Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County Mental Health Court. *Behavioral Sciences and the Law* 2005; 23: 227-243.



David AS. Cómo tratar la falta de adherencia al tratamiento y las 3 C: colaboración, cash y coerción. *World Psychiatry* (edición española) 2013; 12: 228-229.

de Aquino T. *Suma de Teología*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos, 1997.

Declaración de Caracas. En: Conferencia sobre la Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1990.

Dennis DL, Monahan J. *Coercion and aggressive community treatment: A new frontier in mental health law*. New York, 1996: Plenum Press.

Diamond RJ. Coercion and tenacious treatment in the community: Application to the real world. En: Dennis DL, Monahan J (eds.). *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*. NewYork: Plenum Press, 1996: 51-72.

Diamond RJ, Wikler E. Ethical problems in community treatments of cronically mental ill. En: Stein LI y Test MA (eds). *Training in community living model: a decade of experience*. San Francisco: Josey-Bass, 1985: 169-196.

Dixon L, Turner J, Krauss N, Scott J, McNary S. Case managers' and clients' perspectives on a representative payee program. *Psychiatric Services* 1999; 50: 781-786

Dupont R, McLellan A, Carr G, Gendel M, Skipper G. How are addicted physicians treated? A national survey of physician health programs. *J. Subst. Abuse Treat.* 2009; 37, 1-7

Edelhohn G, Hiday V. Civil commitment: A range of patient attitudes. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1990; 18: 65-77.

Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS. Effects of legal mechanisms on perceived coercion and treatment adherence among persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191: 629-637.

Espino J. La reforma de la legislación psiquiátrica en la II República. Madrid: *Estudios de Historia Social*, 1978: 14.

Fiorillo A, Giacco D, De Rosa C, Kallert T, Katsakou C, Onchev G, Raboch J, Mastrogianni A, Del Vecchio V, Luciano M, Catapano F, Dembinskas A, Nawka P, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Maj M, Priebe S. Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125(6):460-7.

Fisher W. Restraint and Seclusion: a Review of Literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1584-91.

Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, 2004.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica II. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2000.

Frankfurt HG. Coercion and moral responsibility. En: Frankfurt HG (ed). *The Importance of What We Care About*. New York: Cambridge University Press 1988: 65-86.

García García E. Derechos humanos y calidad de vida. En: González R. y Arnaiz, G. (eds). *Derechos humanos. La condición humana en la sociedad tecnológica*. Madrid: Tecnos, 1988: 137 y ss.

Gardner W, Hoge S, Bennet N, Roth L, Lidz C, Monhan J, Mulvey E. Two Scales for Measuring Patients' Perceptions of Coercion during Mental Hospital Admission. *Behavioural Sciences and The Law* 1993; 11:307-21

Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine, 1965.

Gomory T. The origins of coercion in assertive community treatment: A review of early publications from the Special Treatment Unit of Mendota State Hospital. *Ethical Human Sciences and Services* 2002; 4: 3–16.

Gracia D. *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Triacastela, 2007: 135-189

Greer A, O'Regan M, Traverso A. Therapeutic jurisprudence and patients' perceptions of procedural due process of civil commitment hearings. En: Wexler DB, Winick BJ (eds.). *Law in a Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press, 1996: 923-933.

Gert B, Culver CM, Clouser KD. *Bioethics a systematic approach*, 2ª ed. Nueva York: Oxford University Press, 2006.

Gilboy J, Schmidt J. "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwestern University Law Review*, 1971; 66: 429-453

Grigson J. Beyond Patient Management: the Therapeutic Use of Seclusion and Restraint. *Perspective Psychiatric Care* 1984; 22:137-142.

Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey EP, Fletcher K. The Mac Arthur Treatment Competence Study: measures of abilities related to competence to consent. *Law and Human Behaviour* 1995; 19: 127-148.

Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford

University Press, 1998.

Gutheil T. Observation on the Theoretical Bases for Seclusion of the Psychiatric Inpatient. *Am J Psychiatry* 1978; 135:325-8.

Hanrahan P, Luchins DJ, Savage C, Patrick G, Roberts D, Conrad KJ. Representative payee programs for mentally ill persons in Illinois. *Psychiatr Serv* 2002; 53 (2): 190-4.

Harper D, Andrew R. Thompson. *Ground Theory Methods for Mental Health Practitioners*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd., 2012.

Hawkins JS, Emanuel EJ. Clarifying confusion about coercion. *Hasting Center Report* 2005; 35: 16-19.

Hiday VA. Outpatient commitment. The state of empirical research on its outcomes. *Psychology, Public Policy, and Law* 2003; 9; 8–32.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997; 20(2), 227-241.

Hobbes T. *Leviathan*. Madrid: Editora Nacional, 1980: 228

Hoge S, Lidz C, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, Roth L, Bennett N. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997; 20(2): 167-181.

Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Monahan J, Bennett N, Gardner W, Mulvey EP, Roth L. Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1998; 21(2): 131-146.

Hoge S, Lidz C, Mulvey E, Roth L, Bennett N, Siminoff A, Arnold R, Monahan J. Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behavioral Sciences and the Law* 1993; 11: 281-293.

Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, Syse A. Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002; 25: 93-108.

Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchada R, Chue P, Malla A. A Qualitative Study of Experiences With and Perceptions Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part I: Patient Perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 2013; 58(5 Suppl 1):14S–22S.

Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchada R, Chue P, Malla A. A Qualitative Study of Experiences With and Perceptions Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part II: Physician Perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 2013; 58(5 Suppl 1):23S–29S.

Jaeger M, Rossler W. Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research* 2010; 30: 48-53.

Jaspers K. *Psicopatología General*, 2ª edición. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1996.

Joint Commission on the Accreditations of Health Care Organizations. Provision of care, treatment and services. Restraint /seclusion for hospitals that use the joint commission for deemed status purposes. Jont Comission, 2009.

Kala AK. Covert medication; the last option: A case for taking it out of the

closet and using it selectively. *Indian J Psychiatry*, 2012; 52: 257-65

Kalla O, Aaltonen J, Wahlstrom J, Lehtinen V, García Cabeza I, González de Chávez M. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 265-75

Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258(4):195-209.

Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Nawka P, Torres-González F, Priebe S, Kjellin L. EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4(3): 168-172.

Kant E. Fundamentación de la metafísica de la costumbres. Barcelona: SLU Espasa Libros, 1999.

Kjellin L. The Eunomia project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4: 168-172.

Kaltiala-Heino R, Korkelia J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 2000; 15: 213-219.

Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas KR. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(3):311-22.

Kant I. La Metafísica de las Costumbres. Madrid: Tecnos, 2005:17-141

Kisley S, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory treatment and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006: 3. CD004408.

Kisely S, Campbell LA, Scott A, Preston N, Xiao J. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007; 37:3–14.

Law Comission. Mental incapacity (report nº 231). London: HMSO.

Ley 41/2002 , de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2002.

Levav I, Gonzalea Uzcategui R. Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101, 83–86.

Lidz C, Hoge S. Coercion: Theoretical and Empirical Understanding. *Behavioural Sciences and the Law* 1993; 11: 237-238.

Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, Roth LH. Perceived coercion in mental hospital admission: Pressure and process. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 1034-1039.

Lidz CW, Mulvey EP, Arnold MD, Bennett NS, Kirsch BL. Coercive interactions in a psychiatric emergency room. *Behavioral Science and the Law* 1993; 11: 269-280.

Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of

coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* 1998; 155, 1254–1260.

Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH. The validity of mental patients' accounts of coercion-related behaviors in the hospital admission process. *Law and Human Behavior* 1997; 21(4); 361-376.

Liepmann MR. Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment. In: *Treating Alcohol Problems*. O'Farrell TJ (ed.), pp. 57-77. New York: Guilford Press, 1993.

Lind E, Kanfer R, Earley P. Voice, control and procedural justice: Instrumental and non-instrumental concerns in fairness judgments. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59: 952-959.

Lind E, Tyler T. *The social psychology of procedural justice*. New York : Plenum Press, 1988.

Link B, Castille DM, Stuber J. Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med* 2008; 67: 409–19.

Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101(1):73-9.

Locke J. *Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil*. Madrid: Alianza Editorial, 1990: 35.

Lovell AM. Coercion and social control. A framework for research on aggressive strategies in community mental health. En: Dennis DL, Monahan J



(eds.). *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*. New York: Plenum Press, 1996.

Luchins DJ, Hanrahan P, Conrad KJ, Savage C, Matters MD, Shinderman M. An agency-based representative payee program and improved community tenure of persons with mental illness. *Psychiatric Services* 1998; 49: 1218–1222

Luchins DJ, Roberts DL, Hanrahan P. Representative payeeship and mental illness: a review. *Administration and Policy in Mental Health* 2003; 30:341–353.

Maida CA, Steinberg AM, Kaplan S, Brymer MJ, Kurklinsky AK, Pfefferbaum B. Qualitative methods in the development of a national child and family disaster mental health research training program. *Int J Emerg Ment Health*. 2009; 11(3):145-54.

Marlowe DB, Kirby KC, Bonieskie LM, Glass DJ, Dodds LD, Husband SD, Platt JJ, Festinger DS. Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 1996; 42: 77-84.

Marlowe DB, Merikle EP, Kirby KC, Festinger DS, McLellan AT. Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15(2): 97-108.

Marlow DB, Festinger DS, Foltz C, Lee PA, Patapis NS. Perceived deterrence and outcomes in drug court. *Behavioral Science and the Law* 2005; 23; 183-198.

Mary E. Schloendorff, Appellant, v. The Society of the New York Hospital, Respondent. Court of Appeals of New York. Decided April 14, 1914.

Marusic A, Mental Health in the enlarged European Union: Need for Relevant Public Mental Action. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:450-451.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (review). *The Cochrane Library*, 2008.

Mastorgianni A, Georgiadou E, Iosifidis I., Kotrotsios S., Karastergiou A, and The Eunomia Team. The eunomia-study: european evaluation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practice. *Hellenic General Hospital Psychiatry* 2004; 3; 12-18.

Mayer O. *Derecho Administrativo Alemán II*. Buenos Aires: Depalma, 1982: 113 y ss.

McGrew JH, Wilson RG, Bond GR. An exploratory study of what clients like least about assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 2002; 53: 761–763.

Mill J S. *Sobre la Libertad*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

Molodynski A, Rugkasa J, Burns T. Coercion and compulsion in community mental health care. *British Medical Bulletin* 2010; 95:105-119

Molodynski A, Turnpenny L, Rugkasa J, Burns T, Moussaoui D and the World Association of Social Psychiatry International Working Group on Coercion. Coercion and compulsion in mental healthcare—An international perspective. *Asian Journal of Psychiatry* 2014; 8: 2–6

Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, Mulvey E. Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1995; 18(3): 249-263.

Monahan J, Bonnie RJ, Appelbaum PS, Hyde PS, Steadman HJ, Swartz MS. Mandated Community Treatment: Beyond Outpatient Commitment. *Psychiatric Services* 2001; 52: 1198-2005.

Monahan J, Redlich A, Swanson J, Robbins P, Appelbaum PS, Petrila J, Steadman HJ, Swartz M, Angell B, McNiel DE. Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 37–44.

Monahan J, Marvin Swartz M, Bonnie RJ. Mandated treatment in the community for people with mental disorders. *Mental Health Law* 2003; 22(5): 28-38

Monahan J, Swartz M, Bonnie RJ. GA, Vuddagiri S. What happens when effective outpatient civil commitment is terminated?. *New Directions in Mental Health Services* 1997; 75, 49–59.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., y Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 37–74.

NICE. NICE guidelines on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition). Londres, 2010: NICE.

Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and outcome of psychiatric hospitalization. *International Journal of Law and Psychiatry* 1996; 19(2): 201-217.

Nicholson J, Sweeney E, Geller J. Mothers with mental illness: 1. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 635–42.

Normas del CPT (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes). Consejo de Europa: CPT/Inf /E, 2002 (1)- Rev 2004.

Nozick R. Coercion in Philosophy, Science and Method. In: *Essays in Honour of Ernest Nagel*. Sydney: Morgenbesser, Patrick Suppes, Morton White. New York: St. Martin Presse, 1969: 440-472.

O'Brien AJ, McKenna BGH, Kydd RR. Compulsory community mental health treatment: Literature review article. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 1245-1255

Okasha A. The impact of Arab culture on psychiatric ethics. En: Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N (eds). *Ethics, culture and psychiatry: international perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2000: 15-28.

Okasha A. The new ethical context of psychiatry. En: Sartorius N, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Maj (eds). *Psychiatry in society*. West Sussex, UK: John Wiley y Sons 2002: 101-130.

Okasha A, Okasha T. Cross-cultural perspectives on coercive treatment in psychiatry. En: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. (eds). *Coercive treatment in psychiatry*. West Sussex, UK: John Wiley y Sons 2011: 153-161.

Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 291–297.

Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *Int J Qual Methods* 2009; 8(3):1-21.

Palinkas LA. Qualitative and mixed methods in mental health services and implementation research. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2014; 43(6): 851-61.

Patel MX, de Zoysa N, Bindman J, David AS. A cross-sectional study of patients' perspectives on adherence to antipsychotic medication: depot versus oral. *J Clin Psychiatry* 2009; 23: 789-796

Patel MX, de Zoysa N, Bindman J, David AS. Are depot antipsychotics more coercive than tablets? The patient's perspective. *J Psychopharmacol.* 2010; 24: 1483-9

Patel MX, Matonhodze J, Baig MK, Gilleen J, Boydell J, Holloway F, Taylor D, Szmukler G, Lambert T, David AS. Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 2011; 1: 37-45.

Peele R, Chodoff P. La ética del Tratamiento Involuntario y la Desinstitucionalización. En: Bloch S, Choddof P, Green SA (eds.). *La ética en Psiquiatría*. Madrid: Triacastela 2001: 397-413.

Pérez Luño, AE. Las generaciones de derechos humanos, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales* 1991; 10: 205-206

Peters S. Qualitative research methods in mental health. *Evid Based Ment Health.* 2010; 13(2): 35-40.

Pinel P. *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma, o manía*. Madrid: Imprenta Real, 1804.

Priebe S, Yeeles K, Bremner S, Lauber C, Eldridge S, Ashby D, David AS, O'Connell N, Forrest A, Burns T. Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial. *Br Med J* 2013;347: f5847.

Poythress NG, Petrila J, McGaha A, Boothroyd R. Perceived coercion and procedural justice in the Broward mental health court. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002; 25: 517-533.

Rain SD, Steadman HJ, Robins PC. Perceived coercion and treatment adherence in an outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 2003; 54(3): 399-401.

Recommendation Rec 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Council of Europe: Committee of Ministers, 2004.

Rhodes M. The nature of coercion. *The Journal of Value Inquiry* 2000; 34: 369-381.

Richardson G. Coercion and human rights: a European perspective. *J Mental health Law* 2007; 17: 245–54.

Ries RK, Comtois KA. Managing disability benefits as part of treatment for persons with severe mental illness and comorbid drug/alcohol disorders: a comparative study of payee and non-payee participants. *American Journal of Addictions* 1997; 6:330–338.

Ries RK, Dyck DG. Representative payee practices of community mental health centers in Washington State. *Psychiatric Services* 1997; 48:811–814.

Rogers A. Coercion and “voluntary” admissions: An examination of psychiatric patient views. *Behavioral Science and the Law* 1993; 11: 259-267.

Rosen MI, Desai R, Bailey M, Davidson L, Rosenheck R. Consumer experience with payeeship provided by a community mental health center. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 25:190–195

Rosen MI, Rosenheck RA. Substance use and assignment of representative payees. *Psychiatric Services* 1999; 50:95–98.

Rosembaum AS. Coercion and autonomy: Philosophical Foundation, issues and practices. New York: Greenwood Press, 1986: 2-27.

Szasz TS. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. London: Paladin, 1972.

Szasz T. *Coercion as Cure; A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2007

Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Library* 2003; 3: 1-21

Salias E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatients wards. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18: 555-559.

Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients. Legislation and practice in EU-members States. Mannheim: European Commission – Health and Consumer protection Directory, 2002

Salize HJ, Küstner BM, Torres-Gonzalez F, Reinhard I, Estévez JF, Rössler W. Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100(5):328-34.

Sathyanarayana Rao T S, Kallilvayalil RA, Andrade C. Covert medication: Do means justify the ends?. *Indian J Psychiatry* 2012; 54: 203-5

Shannon P. Coercion and compulsory hospitalization: Some patients' attitudes. *Medical Journal of Australia* 197; 2: 798-800.

Schutt RK, Goldfinger SM. Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services* 1996; 47:381–386.

Seo MK, Kim SH, Rhee M. The impact of coercion on treatment outcome: one-year follow-up survey. *Int J Psychiatry Med* 2013;45(3):279-298.

Shelton W. The Role of Empirical Data in Bioethics. In: *Empirical Methods for Bioethics: A Primer*. Jacoby y Siminoff (eds). Amsterdam: Elsevier, 2008.

Silberfeld M, Checkland D. Faulty judgment, expert opinion and decision making. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1999; 20 : 377-393.

Simón Lorda P. El consentimiento informado. Madrid: Tricastela, 2000.

Sjöstrand M, Helgesson G. Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics* 2008; 22(2): 113-20.

Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, Robbins PC. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services* 2001; 52; 330-336.

Stone AA. Mental health law: A system in transition. Rockville, MD: NIMH Center for Studies of Criminal Delinquency, 1975.

Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía, Colección Contus, 2002.



Stuart Mill J. Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness. *Criminal Justice Behavior* 2001; 28: 156-189.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, McCauley BJ, Kim M. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to Foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2006; 163, 1943–1951.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E., Van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA, Wilder C, Gilbert AR. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health* 2008; 17, 255–267.

Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences y the Law* 2003; 21, 459–472.

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; 156(12): 1968-75.

Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Elbogen EB. Consumers' perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures. *Psychiatric Services* 2004; 55: 780-785.

Szmukler G. Treatment pressures, coercion and compulsion in mental health care. *J Mental Health* 2008; 17: 219-221.

Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, coercion, and compulsion. En: Thornicroft N, Szmukler G (eds). *Textbook of Community Psychiatry*, 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *J Mental Health* 2008; 17:233–44.

Szmukler G, Holloway F. Mental health legislation is now a harmful anachronism. *Psychiatric Bulletin* 1998; 22: 662-5.

Thomas EJ, Ager RD. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. En: O'Farrel TJ (ed.). *Treating Alcohol Problems*. New York, NY: Guilford Press, 1993: 3-33

Toews J, el-Guebaly N, Leckie A, Harper D. Patients' attitudes at the time of their commitment. *Canadian Journal of Psychiatry* 1984; 29: 590-959.

Torres F, Mayoral F, Grupo Eunomia. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(5):331-338

Thibaut J, Walker L. *Procedural justice: A psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1975.

Tweed A, Charmaz K. *Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners*. En: Harper D, Andrew R. Thompson (ed.), *Ground Theory Methods for Mental Health Practitioners*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd., 2012.

Tyler T. *Why people obey the law*. New Haven: Yale University Press, 1990.

Tyler T. The psychological consequences of judicial procedures: Implication for civil commitment hearings. *Southern Methodist University Law Review* 1992; 46: 433-445.

Valenti E. Estudio cualitativo sobre la percepción de las medidas coercitivas en pacientes psiquiátricos ingresados en unidades de agudos. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense, 2009.

Valverde MA. Un dilema bioético a propósito de los antipsicóticos. *Revista de Bioética y Derecho* 2010; 20: 4-10. <http://www.bioeticayderecho.ub.es>

Vázquez-Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999; 249(3):128-35.

Veatch RM. *The Basics of Bioethics*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2003.

Veatch R. Against paternalism in the patient–physician relationship. En: Gilon, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley, 1994.

Wagner HR, Swartz MS, Swanson JW, Burns BJ. Does involuntary outpatient commitment lead to more intensive treatment? *Psychology, Public Policy and Law* 2003; 9: 145-158.

Watson AC, Angell B. Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2007; 58, 787–793.

Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics* 2002; 16, 439–454.

Wesson M. Substituted judgment: the *parens patriae* justification for involuntary treatment of the mentally ill, *Journal Psychiatry Law* 1980; 8: 147-165.

Westrin CG, Nilstun T. Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 2000; 399, 47–50.

Wertheimer A. *Coercion*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1987: 206-211.

Wertheimer A. A philosophical examination of Coercion for Mental Health Issues. *Behavioral Sciences and the Law* 1993; 11:239-258.

White BC. *Competence to consent*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1994: 130-150.


Willig C, Stainton-Rogers W. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Londres: SAGE, 2007

Winslade WJ. Humanistic problem solving: the case of Mr. T. *Journal of Clinical Ethics* 1997; 8: 389-397.

Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie AJ, Green CA. Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. *Health Services Research* 2012; 47: 721-745.

Zimmerman D. Coercive Wage Offers. *Philosophy and Public Affairs* 1981; 10: 121-145.

Zun LS, Levonne D. The use of seclusion in emergency medicine. *General Hospital Psychiatry* 2005; 27: 365-371.



## **ANEXO I.- GUIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES**

---

### Introducción (5 min)

- El moderador y el observador se presentan al grupo
- Naturaleza y objetivos de la investigación
- Presentación de los temas que deberá abordar el grupo
- Garantías sobre confidencialidad de los datos
- Explicación sobre cómo se usarán los datos: transcripción, procesamiento, informes, etc.
- Presentación y descripción de la grabadora
- Presentación de las normas básicas para la realización del grupo focal: hablar de uno en uno, escuchar hasta el final las opiniones de cada miembro, ya que todas son valiosas, no hay respuestas buenas ni malas, identificar perspectivas diferentes
- Apagar móviles
- Preguntar sobre cualquier duda

### Perfil de los participantes (10 min)

*Objetivo: individualizar las características socio-demográficas de los profesionales que participan en el grupo focal para definir el contexto de la discusión*

- Ejercicio introductorio (cada profesional elegirá si usar su nombre, apellido o pseudónimo)
- Individualmente: cada participante se presentará a los demás indicando su formación, el centro de salud mental al que pertenece, su cargo en dicho centro, razones por las cuales ha decidido participar al grupo focal
- Colectivamente: se pregunta si los participantes han tenido alguna experiencia con el uso de medidas coercitivas en salud mental como el tratamiento involuntario obligatorio, la contención química, la

contención mecánica, el aislamiento, la persuasión, la influencia interpersonal, la inducción y la amenaza

### Discusión general (15 min)

*Objetivo: explorar la comprensión de cada participante con respecto al tema principal*

- Colectivamente: definir los conceptos generales relacionados con los contenidos de la investigación
- Individualmente: preguntar si conocen la diferencia entre coacción formal y coacción informal

Definir si necesario los conceptos de:

- Persuasión
- Influencia interpersonal
- Inducción
- Amenaza
- Preguntar si conocen otros tipos de coacción informal además de las mencionadas
- Preguntar si es posible establecer un *continuum* entre todos estos tipos de influencia o presión

### Presentación de un caso clínico (20 min)

*Objetivo: proyectar la experiencia de los profesionales en un escenario neutral e independiente para favorecer la libre expresión de perspectivas y estimular la discusión alrededor del caso para identificar los enfoques más apropiados*

- Presentar el caso clínico 1 y discutir sobre el tipo de coacción más apropiado
- ¿Qué tipo de presión o influencia resulta más adecuada en este caso?

- ¿Qué aspectos del caso necesitan ser esclarecidos o modificados para que los otros tipos de presiones o influencias resulten adecuadas y bien o mal valoradas?
- ¿qué implicaciones habría en el caso de que el paciente fuera:
  - Peligroso para si mismo o para los demás
  - Se haya abandonado a si mismo
  - No haya ninguna confianza en la relación clínica debido al poco tiempo en tratamiento
  - El paciente tiene o no tiene recursos financieros o empleo
  - El paciente tiene o no tiene apoyo familiar
- En el momento de las conclusiones se harán ulteriores reflexiones sobre el enfoque más adecuado para el paciente presentado en el caso clínico 1 (en el caso de que no se haya alcanzado una adecuada redundancia de los datos)
- Presentación del caso clínico 2 siguiendo la misma estructura (si el tiempo y la falta de saturación de los datos lo requieren)

#### Discusión General (30 min)

*Objetivo: explorar las actitudes de los profesionales y sus perspectivas acerca de la posibilidad de establecer una correspondencia entre la especificidad del paciente y los tipos de coacción posibles*

- ¿Cuál es el impacto de la coacción informal sobre la satisfacción del paciente?
  - ¿Qué eficacia tiene?
  - ¿Qué obstáculos presenta?
- ¿Cuál es el impacto de la coacción informal sobre la adherencia al tratamiento?




- ¿Qué eficacia tiene?
- ¿Qué obstáculos presenta?
- ¿Es posible establecer una tipología de paciente para el cual la coacción informal resulta más apropiada?
  - Experiencia previa con tratamiento forzoso
  - Patología
  - Sintomatología aguda
  - Autonomía
  - Otras características del paciente
- ¿Existe la posibilidad de establecer una relación entre tipología de paciente y tipología de coacción?

#### Conclusión (10 min)

*Objetivo: resumen de la discusión, estimular perspectivas y opiniones diferentes si procede*

- Individualmente: preguntar a cada participante si está de acuerdo con el resumen y las perspectivas identificadas y si quiere añadir algo más
- Colectivamente: se agradece el grupo por su participación, se pregunta si están disponibles para acudir a nuevos grupos focales y si tienen más preguntas acerca del proyecto de investigación



## **ANEXO II.- CASOS CLÍNICOS**

---

### Caso 1: continuum desde la persuasión al tratamiento forzoso

Paciente de 30 años, mujer con diagnóstico de trastorno bipolar, que ha estado ingresada en distintas ocasiones en los últimos años, a menudo de forma involuntaria. Entre un ingreso y otro se recupera bien y acepta tomar la medicación e ir a terapia. Sin soporte terapéutico ni tratamiento empeora con mucha facilidad.

#### *Persuasión*

El responsable clínico del tratamiento de la paciente en el centro de salud mental es consciente de que está empeorando y que pronto acabará presentando una nueva crisis con síntomas agudos. El clínico habla con la paciente y le explica que hay razones para tomar la medicación cuando se tiene un trastorno bipolar y le expone que la persistencia de sus síntomas es una evidencia de que padece un trastorno bipolar.

#### *Influencia interpersonal*

El clínico intenta convencer a la paciente haciendo referencia a que llevan años conociéndose el uno a otra, que él siempre ha estado ahí para ayudarla, y le explica que nunca haría algo que fuera en contra de sus intereses.

#### *Inducción*

Los intentos todavía no dan algún resultado y la paciente empieza a dar signos de deterioro clínico. Cerca del centro de salud hay una tienda que vende ropa para niños, y la paciente quiere ir a comprar algo a sus hijas y para regalárselo la próxima vez que las vea. El clínico se ofrece a ayudarla pero le reclama que tiene que cumplir con lo que él le dice y tomar la medicación. No queda claro si el médico quiere decir que a cambio de su

ayuda ella tiene que tomar la medicación. La toma de decisiones está aún en manos del paciente.

### *Amenaza*

La semana siguiente la paciente va a ver a sus hijas, todavía rechaza tomar la medicación y, ahora presenta signos de irritabilidad, lo que hace pensar en una temprana recaída. El clínico le explica que la visita a sus hijos puede ser cancelada si ella está más irritable o si continua rechazando la medicación y, que él tiene el deber de comunicar a los servicios sociales la situación.

### *Tratamiento forzoso*

La paciente manifiesta síntomas evidentes de recaída, se muestra confusa y se enfada. Se encuentra en una situación de riesgo. Sigue rechazando el tratamiento. El clínico, a su pesar, está obligado a valorar el ingreso involuntario. La paciente es ingresada involuntariamente en una unidad de agudos según la ley vigente.

### Caso 2: continuum desde la persuasión al tratamiento forzoso

Paciente de 40 años, varón, con diagnóstico de esquizofrenia crónica, que vive solo en un apartamento, prácticamente sin contacto social y con tendencia al auto-abandono. El paciente oye voces y cree que los vecinos le espían, todo esto le produce mucho estrés. En el pasado, ha presentado una significativa mejoría con tratamiento farmacológico. Nunca ha mostrado signos de peligrosidad hacia sí mismo o hacia los demás. Está dispuesto a acudir a consulta al centro de salud mental, pero no a tomar medicación o salir de casa.

### *Persuasión*

El clínico del centro de salud, que conoce al paciente desde hace mucho tiempo, está preocupado por su situación y se propone reducir el estrés del paciente. Habla con el paciente acerca de la importancia de tomar la medicación y de salir de casa para tener una vida social, poniendo un especial énfasis en el hecho de que el rechazo del tratamiento puede aumentar su malestar y deteriorar su calidad de vida.

### *Influencia interpersonal*

En varias ocasiones, el psiquiatra ha colaborado activamente para evitar que el paciente fuera desahuciado del piso, a pesar de su estado de abandono y los continuos impagos del alquiler. El clínico explica al paciente que si quiere seguir recibiendo su ayuda y asistencia tiene que seguir sus indicaciones y continuar el tratamiento.

### *Inducción*

El paciente quiere comprar una nueva televisión, pero sólo puede pagarla si los servicios sociales le dan los fondos necesarios, lo que requiere una solicitud que tiene que ser avalada por el centro de salud mental. El médico está de acuerdo en ayudarlo si el paciente muestra mayor disposición para seguir el tratamiento.

### *Amenaza*

El paciente ha recibido una carta de desalojo del piso. El psiquiatra dice que está dispuesto a ayudarlo sólo con la condición de que tome la medicación y/o asista regularmente a actividades sociales organizadas en el centro de salud.

### *Tratamiento Forzoso*

El paciente se deteriora clínicamente y está agitado, muestra más signos de auto-abandono y no se alimenta correctamente. El equipo considera que esto es una amenaza para su salud y gestiona el tratamiento involuntario obligatorio.

### **ANEXO III.- CATEGORÍAS TEMÁTICAS**

## **A.-DEFINICIÓN / CONCEPTO**

### **1.- Coerción formal**

Marco legal. Suceso/proceso identificable. ¿Qué tipo de coerción formal usamos?, ¿qué consideran coerción formal?

Legislación en Salud Mental / sistema legal

Hospitalización involuntaria

Tratamiento forzoso ambulatorio

Contención (química, física, mecánica)

### **2.- Coerción informal**

Definición en la bibliografía, comparada con las definiciones de los grupos focales. Definiciones, descripción de la experiencia, sin ningún tipo de opinión.

Persuasión

- Opiniones sobre porqué la persuasión NO es coerción

Presión interpersonal

- Relación clínica
- Apoyos familiares/sociales
- Otros profesionales

### **3.- Diferencia entre formal e informal**

Definiciones confusas o imprecisas

- Semánticas
- Connotaciones



- Ambigüedad

#### **4.- Formas alternativas**

- Entrevista motivacional
- Psicoeducación
- Planificación previa
- Negociación
- Omisión
- Otros tipos (tratamientos de larga duración, estrategias –protocolos de intervención)

### **B.-TOMA DE DECISIÓN**

#### **1.-Roles**

Quién decide o contribuye a la toma de decisión y cómo

- Paciente
- Profesional
- Familia
- Otro

#### **2.- Factores influyentes**

##### Riesgo

- Daño a sí mismo/otros
- Conducta agresiva

##### Características clínicas

- Síntomas

- Cronicidad
- Hospitalizaciones previas
  - Tratamiento involuntario previo

### Factores sociodemográficos

- Grupos marginales
- Situación económica
- Cultura

### Relación clínica

Relación terapéutica (incluido confianza), duración de la relación (incluido el conocimiento del enfermo) – esencialmente, en términos de calidad y de tiempo

- Relación terapéutica
  - Confianza
- Duración de la relación
  - Conocimiento del paciente

### Comunicación

- Estilo individual del terapeuta
- Marco lingüístico
- Lenguaje corporal
- Manipulación emocional

### Sistema de Salud

- Equipo
- Obligaciones legales
- Dinámicas de equipo

- Recursos
  - Habilidades/entrenamiento del equipo
  - Tiempo disponible para emplear
  - Alternativas a la coerción
  - Actitud del servicio

## **C.- OPINIONES / VALORACIONES**

### Persuasión

- Información (objetiva, sin ser dirigida o selectiva)
- Negociación/compromiso
- Capital social profesional

### Presión interpersonal

- Presión clínica
- Apoyo familiar/social

### Inducción

### Amenaza

- ¿Aceptable?
- ¿Apropiado?

### Continuum

- Sí
- No
- Depende

### Respuestas del paciente

- Impacto negativo
  - castigo
  - impacto sobre la relación terapéutica
  - impacto psicológico
- Impacto positivo
  - gratitud
  - insight

### Respuesta clínica

- Reacción emocional
- Aspectos éticos
- Convicciones personales: correcto/incorrecto

### Justificaciones

- Riesgos
- Consecuencias
  - Consecuencias legales
- Mejores Intereses
- Objetivo terapéutico

### Antecedentes

- Paradigma psiquiátrico
- Paternalismo
- Jerarquía profesional

Reforma del sistema de Salud Mental

- Modelo de recuperación

Deber personal/profesional